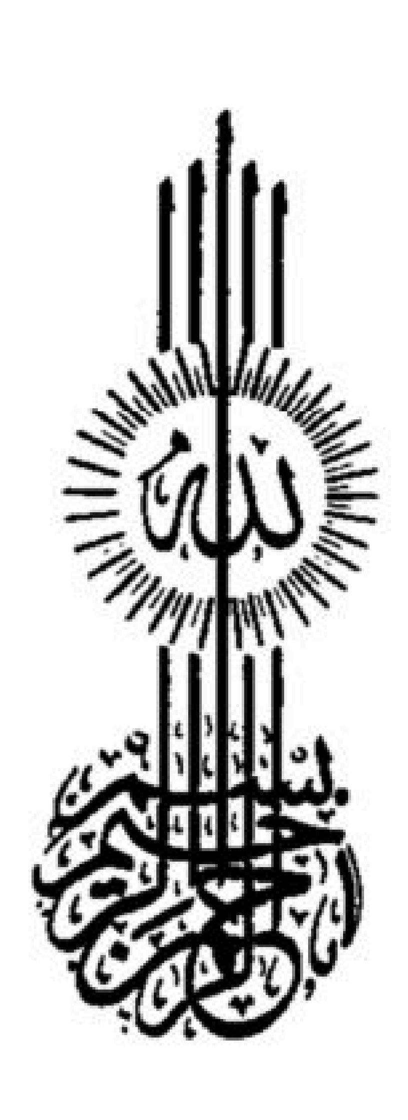


القيادة الفعّالة والإدارة في علم التمريض

تأليف

Eleanor J. Sullivan

ترجمة

د. فاطمة مصطفى بدار

أستاذ مشارك

كلية التمريض–جامعة الملك سعود

أستاذ إدارة

كلية التمريض–جامعة الإسكندرية

جمهورية مصر العربية

د. ألفت عطية سالم

أستاذ مشارك

كلية التمريض–جامعة الملك سعود

أستاذ إدارة تمريض

كلية التمريض–جامعة المنوفية

جمهورية مصر العربية



ص.ب ٦٨٩٥٣ – الرياض ١١٥٣٧ المملكة العربية السعودية

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

سوليفان ، اليانور جيه.

القيادة الفعالة والإدارة في علم التمريض / اليانور جيه سوليفان ؛ فاطمة مصطفى بدار؛ ألفت عيطة سالم - الرياض، ١٤٣٩هـ.

٦٦١ص؛ ١٧سم × ٢٤ سم

ردمك: ٢ - ٦٥٦ - ٥٠٧ - ٦٠٣ - ٩٧٨

١ - التمريض-تنظيم وإدارة أ. بدار، فاطمة مصطفى (مترجم) ب. سالم، ألفت عطية (مترجم) ج. العنوان

ديوي ٣٥٠,٨٤١ ١٤٣٩/٧٠٣٩

رقم الإيداع: ١٤٣٩/٧٠٣٩

ردمك: ٢- ٦٥٦- ٥٠٧ - ٦٠٣ - ٩٧٨

هذه ترجمة عربية محكمة صادرة عن مركز الترجمة بالجامعة لكتاب:

Effective Leadership and Management in Nursing
By: Eleanor J. Sullivan
© 2013 Pearson Education.
Eighth Edition

وقد وافق المجلس العلمي على نشرها في اجتماعه الرابع للعام الدراسي ١٤٣٨/ ١٤٣٩هـ المنعقد بتاريخ ١٠/ ٢/ ١٤٣٩هـ الموافق ٣٠/ ١٠/ ٢٠١٧م.



مقدمة المترجمتين

لقد قامت المترجمتان باختيار هذا الكتاب لما له من أهمية كبيرة في مساعدة الطلاب الدارسين، والممرضات المُمارسات، والقيادات التمريضية في اكتساب المهارات الضرورية التي تضمن لهم النجاح في مجال الرعاية الصحية على الصعيدين الخدمي والإداري؛ فالقيادة الإدارية الحديثة في التمريض من أهم المهارات الإدارية التي يجب أن تتميز بها القيادة التمريضية، في ظل المُتغيرات السريعة والمُتلاحقة في مجال إدارة التمريض وتقديم الرعاية الصحية، مما يؤهل الممارسين(الممرضونٍ والممرضات) للتصدي للتحديات التي تُواجه هذه المهنة، وتحقيق أهداف الإدارة بفعالية وكفاءة، من حيث ترشيد استخدام الموارد المادية والبشرية المُتاحة.

مؤلفة الكتاب هي د. إلينور جاي. سوليفان حاصلة على دكتوراه وممرضة مسجلة، وزميلة بالأكاديمية الأمريكية للتمريض. وكانت العميدة السابقة لكلية التمريض بجامعة كانساس، والرئيسة السابقة لجمعية سيجما ثيتاتاو الدولية، والمحررة السابقة لمجلة التمريض المهني،كما كانت أحد أعضاء مجلس إدارة الجمعية الأمريكية لكليات التمريض، وأحد أعضاء مجلس المعاهد القومية الصحية، كما قدمت أوراق بحثية للقراء حول العالم، ونشرت في مجلة شيكاغو تريبيون، سانت لويس بوسط – ديسباتش، مجلة رولينج ستون، وأطلقت مجلة الأعمال بمدينة كنساس عليها لقب "مَن هو مِن الرعاية الصحية" (Who's Who in Health Care). حصلت على شهادات من: كلية سانت لويس الاجتماعية، وجامعة سانت لويس، وجامعة إلينوي الجنوبية، وتحمل درجة الدكتوراه من جامعة سانت لويس.

ويتضمن هذا الكتاب أربعة أجزاء رئيسة، حيث يعرض **الباب الأول** منها مقدمة عن مفهوم الإدارة والقيادة في التمريض، والفرق بين القائد والإداري، كما يتناول مفهوم المؤسسة من حيث هيكلها التنظيمي، وسياساتها المختلفة، ومفهوم السلطة والمسؤولية، وإدارة الجودة وتحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، وإدارة التغيير بأنواعه المخطط، وغير المخطط له داخل المؤسسة. ويعرض

الباب الثاني عددًا من المهارات السلوكية والتنظيمية اللازمة للقيادة الإدارية ومن أهمها التفكير الناقد، وكيفية اتخاذ القرار، وحل المشكلات، هذا إلى جانب مهارة الاتصال الفعال والتفويض الناجح، وبناء وإدارة الفريق، وكذلك مهارة إدارة الوقت، وإدارة ضغوط العمل ،وإدارة الصراع (الخلافات). ويتناول **الباب الثالث** من الكتاب كيفية إدارة الموارد المادية والبشرية ابتداءً من مرحلة التوظيف بجميع خطواته، وكيفية تحديد العدد والنوع من أفراد القوى التمريضية بالوحدات وأقسام التمريض وكيفية عمل جدول توزيع ساعات العمل وأهدافه وأنواعه ومبادئ إعداده، هذا بجانب استخدام الطرق المختلفة في توزيع العمل على الهيئة التمريضية بالطرق التقليدية والطرق الحديثة، وتحفيز وتقييم أداء الأفراد والبرامج المتعلقة بتطوير القوى العاملة وأهدافها وكيفية إعداد وتنفيذ وتقييم هذه البرامج ، كما يتناول المشكلات الناجمة عن إدارة الموارد البشرية ، وكيفية التعامل معها إيجابيًا كالغياب، وزيادة معدل التدوير في العمل، وكيفية الإعداد لمواجهة الطوارئ. ويشتمل هذا الباب أيضًا على طرق اجتذاب القوى العاملة بالمؤسسة، وخلق البيئة الجاذبة للعمل، وكيفية التعامل ومنع العنف في مكان العمل، وأسباب ضغوط العمل وكيفية إدارتها، كما يشمل التعامل مع مشاكل المفاوضات الجماعية (النقابات المهنية) داخل العمل أما **الباب الرابع** فيتناول إدارة الذات، من حيث كيفية التعامل مع ضغوط العمل، والتطوير المهني للفرد.

وقد تمت ترجمة هذا الكتاب وفقاً للمصطلحات المؤدية للمعاني الواردة في الكتاب باللغة العربية، وذلك لإثراء المحتوى العربي بالمكتبات بنسخة باللغة العربية من هذا الكتاب، الذي هو ثمرة خبرات مجموعة من معلمين أكاديميين وممرضين ذوي خلفيات تعليمية متنوعة، وخاصةً من متخصصي علم الإدارة الذين أصبح عملهم مستخدمًا في مجال التمريض، فقليلة هي كتب التمريض التي جمعت بين خبرات معلمي الإدارة بكليات الأعمال، وخبرات مديري التمريض المتمرسين، وهذا المزج الفريد سيمكن الطلاب من الحصول على المهارات والمعلومات اللازمة عن الإدارة والقيادة في التمريض، كما أنه سيساعد الممرضين الذين يدرسون، والممرضين الذين يعملون في المؤسسات الصحية في الحصول على المهارات المطلوبة لتحقيق النجاح في ظل البيئة الديناميكية للرعاية الصحية.

المترجمان

ملحوظة: تم التدقيق في كل المعلومات التي تم ذكرها في هذا الكتاب، ولكن المؤلفين والمحررين والناشرين لا يتحملون المسؤولية عن الأخطاء أو النتائج المترتبة على المعلومات التي تم ذكرها بالكتاب، ولا يقدمون أية ضمانات، سواء ضمنية أو صريحة، في هذا الشأن.

وقد بذل المؤلف والناشر كل المجهودات اللازمة للتأكد من أن أسماء وكميات الأدوية المذكورة في سياق الكتاب هي الأسماء والكميات التي يتم استخدامها والنصح بها في الوقت الذي كتب ونشر فيه هذا الكتاب، ولكن مع توالي صور الأبحاث، وتغير القوانين الحكومية وتغير المعلومات المتعلقة بالأدوية وتفاعلاتها، فإن القارئ يجب أن ينتبه إلى التغيرات والتحذيرات والتحفظات التي قد يتم اكتشافها بشأن الأدوية التي تم ذكرها. يعد هذا الأمر مهمًا بشكل خاص للقراء الذين يعملون حديثًا، أو لا يتعاملون بشكل مباشر مع الأدوية العلاجية.

عن الكاتبة

إلينورجاي. سوليفإن حاصلة على دكتوراه وممرضة مسجلة، وزميلة بالأكاديمية الأمريكية للتمريض، وكانت العميدة السابقة لكلية التمريض بجامعة كانساس، والرئيسة السابقة لجمعية (سيجما ثيتا تاو) الدولية، والمحررة السابقة لمجلة التمريض المهني. كما كانت أحد أعضاء مجلس إدارة الجمعية الأمريكية لكليات التمريض، وأحد أعضاء مجلس المعاهد القومية الصحية، كما قدمت أوراق بحثية للقراء حول العالم، ونشرت في مجلة شيكاغو تريبيون، سانت لويس بوسط –ديسباتش، مجلة رولينج ستون، وأطلقت مجلة الأعمال بمدينة كنساس عليها لقب "مَن هو مِن الرعاية الصحية" (Who's Who in Health Care). حصلت على شهادات من كلية سانت لويس الاجتماعية، جامعة سانت لويس، جامعة إلينوي الجنوبية، وتحمل درجة الدكتوراه من جامعة سانت لويس.

وتعرف د/ سوليفإن بمؤلفاتها في مجال التمريض ومن هذه المؤلفات هذا الكتاب الحائز على جوائز، والقيادة الفعالة والإدارة في علم التمريض، وكيف تصبح ممرضاً فعالاً: كتاب إرشادي للممرضين (الطبعة الثانية)، دار برينتس هال للنشر. من مؤلفاتها بناء مستقبل التمريض: الحقائق، الفرص، والتحديات، وكتاب الرعاية التمريضية للمرضى أصحاب مشكلات الإدمان.

تعمل اليوم د/ سوليفإن ككاتبه أدبية متخصصة في قصص الغموض. أول ثلاثية لها كانت (الموت المضاعف Twice Dead ، انحراف قاتل Deadly Diversion ، وموت وهمي Assumed Dead) تدور أحداثها حول مونيكا ايفر هارت، الممرضة في الشرطة السرية.

آخر كتبها، غط جثتها Cover Her Body ، ولغز القرية الوحيدة A Singular Village Mystery ، وتعد هذه المؤلفات هي مجموعاتها الجديدة عن عدد من الأحداث التاريخية الغامضة التي تقع في القرن التاسع عشر في إحدى قرى (أوهايو الشمالية). وتوضح مدونة الكاتبة السبب في خيالها التاريخي (www.EleanorSullivan.com).

تواصل مع د/ سوليفإن على مدونتها (www.EleanorSullivan.com)

أهدي هذا الكتاب إلى عائلتي

أشكركم على دعمكم وحبكم الدائم لي

إلينور جاي. سوليفإن

شكر وتقدير

نوجه الشكر إلى كل زملائنا في كليات التمريض بالبلاد، الذين تكرموا بوقتهم لمساعدتنا في إخراج هذه النسخة الجديدة من الكتاب. لقد جنينا ثمار خبراتكم الجماعية كممرضين ومعلمين، وقمنا بكثير من التعديلات بناءً على مجهوداتكم الثمينة. ومن الذين قدموا لنا الدعم والتشجيع والتعليق.

المراجعون

Karen Joris, MSN, RN Assistant professor, Lorain County Community College Full-time instructor, Chippewa Valley Technical College Eau Claire, WI	كارين جوريز
Rorey Pritchard,EdS, MSN, RN, CNOR	روريبريتشرد
Jean M. Klein, PhD, PMHCNS, BC Associate professor, Widener University Chester, PA	جين ام كلين
Jemimah Mitchell-Levy, MSN, ARNP Professor, Miami Dade College	جيميما ميتشل ليفي
Miamikendall, FL Lind Stone Other Cambridge, MA	ميامي كاندل
HeatherSaifman, MSN, RN, CCRN Assistant professor, Nova Southeastern University	هيسير سيف مان
Sandra Swearingen Part-time/adjunct instructor, UCF Orlando, FL	ساندرا سويرنجين
Diane Whitehead,EdD, RN, ANEF Department chair, Nova SoutheasternUniversity Fort Lauderdale, FL	ديان وايت هيد
Theresa Ameri Part-time/adjunct instructor, Marymount University Arlington, VA	تيريسا اميري

بيكي براون

Becky Brown, MSN, RN
Full-time instructor, College of Southern Idaho
Twin Falls, ID

كاندسبيرنس

Candace Burns, PhD, ARNP
Professor, University of South Florida College of Nursing
Tampa, FL

ساندرا جانا شاك كادينا

Sandra JanashakCadena, PhD, APRN, CN
Professor, University of South Florida
Tampa, FL

مارجريتديكر

Margaret Decker
Full-time instructor, Binghamton University
Binghamton, NY

دينس ايكلليس

Denise Eccles, MSN/Ed, RN
Professor, Miami Dade College
Miami, FL

باربجيلبرت

Barb Gilbert,EdD, MSN, RN, CNE()
Part-time/adjunct instructor, Excelsior College
Albany, NY

استهلال

تعد مهارات الإدارة والقيادة من المهارات الضرورية التي يجب أن يحوزها كل الممرضين في نظام الرعاية الصحية الحالي المتسم بالتغيير السريع، فإن الممرضين المتخرجين حديثاً يجدون أنفسهم يقودون المساعدين، كما يجد الممرضون المتمرسون أنفسهم يديرون كثيرًا من الفئات ذات الخلفيات التعليمية المختلفة، والتي تعمل في نظام الرعاية الصحية. وقد أجبر انخفاض الإيرادات وارتفاع التكاليف وزيادة المطالبات بتحقيق سلامة المرضى وإصلاحات قوانين نظام الرعاية الصحية المؤسسات لتستخدم مواردها بكفاءة.

ويواجه الممرضون اليوم تحديًا حول كيفية إدارة الموارد النادرة بكفاءة، لذا فالمعلومات الواردة في هذا الكتاب ضرورية من أجل التعامل مع التغيرات السابق ذكرها. إن هذا الكتاب سيساعد الممرضين الذين يدرسون، والذين يعملون في المؤسسات الصحية في الحصول على المهارات المطلوبة لتحقيق النجاح في ظل البيئة الديناميكية للرعاية الصحية.

سمات الطبعة الثامنة

ساهمت الطبعات السبع الماضية للكتاب في تعليم كلٍ من الممرضين ومديري التمريض بطريقة فعالة ومستديمة. وفي هذه الطبعة، يقدم الكتاب المنتشر على مستوى العالم، والحاصل على عدة جوائز، معلومات محدثة ودقيقة تعكس التغيرات التي حدثت في نظام الرعاية الصحية، ويستجيب للمقترحات التي قدمها قراء هذا الكتاب. وتأتي هذه الطبعة الثامنة عبر مجهودات العديد من المشاركين في الكتابة، وذلك بغرض تقديم حزمة تعليمية محدثة ومتكاملة للطلاب والممرضين المشغولين.

لقد أصبح هذا الكتاب ناجحًا لعدة أسباب منها: أنّه يربط بين الممارسة والمفاهيم التمريضية، وهو ما يلبي حاجات الطلبة والكليات ومديري التمريض، كما يجمع بين خبرات عديد من المساهمين القادمين من خلفيات تعليمية متنوعة، خاصة من متخصصي علم الإدارة الذين أصبح عملهم

مستخدمًا في مجال التمريض، فقليلة هي كتب التمريض التي جمعت بين خبرات معلمي الإدارة بكليات الأعمال وبين خبرات مديري التمريض المتمرسين. وهذا المزج الفريد سيمكن الطلاب من الحصول على المهارات والمعلومات اللازمة.

وتحتوي الطبعة الثامنة على محتويات جديدة جاءت على النحو التالي:

- معلومات عن قانون حماية المريض والرعاية الميسورة التكلفة.
- التأكيد على أهمية مبادرات الجودة، وتشمل السيجما الست، والسيجما الست المرنة وأسلوب ديميك DMAIC .
- المستشفيات الجاذبة.
- مبادئ القيادة العاطفية.
- استخدامات وسائل الإعلام الاجتماعية في الإدارة.
- التأكيد على أهمية أساليب القيادة المتنوعة والعلاقات الاجتماعية بين المهنيين.
- تحديث المحتويات القانونية والتشريعية.
- نصائح للتعامل مع السلوكيات الشائنة لطاقم العمل التي منها التنمر.
- دليل لكيفية الاستعداد للطوارئ والكوارث.
- معلومات لمنع وقوع حوادث عنف في مكان العمل.
- أدوات التعلم التي يحتاجها المتعلمون.

يهتم هذا الكتاب بكيفية تطبيق المحتوى الذي ذكر فيه، كما يقدم إرشادات مفصلة للتعرف على كيفية تطبيق المهارات التي تمت مناقشتها بالكتاب، للتوضيح وللتأكيد على النقاط المهمة، ويشمل كل فصل في هذه النسخة السمات الآتية:

١. نبذة عن الفصل ومحتوياته ، وما ستتعلمه منه.
٢. مصادر للأنشطة والمعلومات المتاحة على موقع مصادر التلميذ (nursing.pearsonhighered.com).
٣. المصطلحات الرئيسة التي ذكرت في معجم الكتاب.
٤. ملخص لما تعلمته في نهاية كل فصل.

٥. قائمة بالأدوات والسلوكيات الرئيسة التي تلخص المهارات الأساسية التي تمت مناقشتها في كل فصل.

٦. أسئلة لتساعد الطلبة على الربط بين المفاهيم التي تلقوها في كل فصل بالحياة العملية.

٧. مصادر ومواقع إنترنت محدثة.

٨. دراسات حالة تذكر الأدوات التي يجب أن يستخدمها مديرو التمريض لتطبيق ما تم ذكره في كل فصل.

تنظيم الكتاب

يقسم هذا الكتاب إلى أربعة أبواب تناقش المعلومات والمهارات الرئيسة التي يجب على الممرض تعلمها لمواجهة التغيرات المستمرة لنظام الرعاية الصحية.

الباب الأول: فهم الإدارة بمجال التمريض والمؤسسات

يقدم الباب الأول تعريفًا للإدارة في مهنة التمريض، مع التأكيد على كيفية تصميم الهيكل التنظيمي للمؤسسات، وكيفية تقديم الخدمات التمريضية، ومفاهيم القيادة والإدارة، وكيفية قيام الممرض بطرح مبادرات التغيير وإدارتها، وكيفية تحقيق جودة الخدمات الصحية، وكيفية استخدام السياسة والسلطة، وكل ما يحتاجه الممرضون لينجحوا ويزدهروا في نظام الرعاية الصحية الحالي المتسم بالفوضى.

الباب الثاني: تَعَـلُّم المهارات الأساسية للإدارة في مجال التمريض

يقدم الباب الثاني المهارات الرئيسة التي يحتاجها المديرون اليوم ومنها: التفكير النقدي، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات، والتواصل مع أفراد ذوي خلفيات مختلفة، والتفويض والعمل الجماعي وحل الصراعات، وإدارة الوقت.

الباب الثالث: إدارة الموارد

التعرف على مدى أهمية إدارة الموارد بالنسبة للممرضين: وجوب التعامل مع الموارد المالية، وتوظيف واختيار الموظفين المناسبين، والتعامل مع الموظفين ووضع جداول عملهم، وتحفيز وتطوير الموظفين، وتقييم أداء الموظفين، وتوجيه ومعاقبة وإنهاء خدمة الموظفين، وإدارة الغياب وتقليل الاستقالات، والحفاظ على طاقم العمل في المؤسسة، والتعامل مع السلوكيات السيئة والتي منها

التنمر. بالإضافة لذلك، يتم تناول المفاوضات الجماعية والاستعداد للطوارئ، ومنع وقوع أحداث عنف في مكان العمل.

الباب الرابع: الاهتمام بذاتك

إن الذات هي أهم مورد يملكه الممرض. والباب الرابع يوضح كيف يجب أن يتعامل الممرضون مع ضغط العمل، وكيف يطورون من مسيرتهم الوظيفية.

مصادر التدريس والتعليم

يستطيع الطالب والمدرس أن يحصلا على مصادر تعليمية من خلال الاشتراك في موقع (nursing.pearsonhighered.com).

شكر وعرفان

نجحت الطبعات السابقة للكتاب بسبب خبرات العديد من المساهمين، فقد قدم مديرو التمريض ومدرسو علم الإدارة وكليات التمريض الكثير من المساهمات بالطبعات السابقة. أنا في غاية الامتنان لهم على مشاركتهم خبراتهم ومعارفهم لمساعدة الممرضين على معرفة مهارات القيادة والإدارة فبدون هؤلاء لما صدر هذا الكتاب.

أشكر دار بيرسون للنشر التعليمي، والمحررة باميلا فولر وسوزان جيرتي على مراجعتهم للكتاب من البداية للنهاية. كما أشكر مساعدة التحرير سينثيا جايتس.

ولأن الرعاية الصحية في تغير دائم، لذا قدم المراجعون الذين يستخدمون الكتاب في ممارسة علم الإدارة وفي شرح الكثير من التعليقات والمقترحات المهمة.

وأخص بالشكر مديرة التمريض المتمرسة راشيل بيبر على مساعدتها في البحث، عبر تقديم أمثلة واقعية، وتقديم سيناريوهات ودراسات حالة واقعية من أجل تسهيل الفهم. لقد أصبح هذا الكتاب، وكتاب كيف تصبح ممرضًا فعالاً؟ (الطبعة الثانية) أفضل كتابين من خلال مساعدتها.

إلى جميع من شاركوا في هذا الكتاب على مر السنوات، أشكركم.

إلينور جاي. سوليفان

www.EleanorSullivan.com

المحتويات

الباب الأول

فهم الإدارة بمجال التمريض والمؤسسات

الفصل الأول

مقدمة في علم إدارة التمريض

التغييرات في مجال الرعاية الصحية:

تمويل الرعاية الصحية:

- كيف تدفع الولايات المتحدة الأمريكية تكاليف نظامها الصحي
- الدفع بناء على الأداء

المطالبة بتحقيق الجودة:

- مبادرات تحقيق الجودة
- المجموعات الواثبة The Leapfrog Groups
- المقارنة المعيارية Benchmarking
- الممارسة القائمة على الأدلة
- الشهادات (الجاذبة)
- التكنولوجية المتطورة
- السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs)
- الرعاية الافتراضية
- الأجهزة الآلية
- تكنولوجيا الاتصالات

الاختلافات الحضارية والنوعية والعمرية:

تجنب العنف والاستعداد للكوارث

تغير مستقبل التمريض

- مزيد من التطور
- التحديات التي تواجه الممرضين والمديرين
- الأهداف التعليمية

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي:

١- وصف القوى المغيرة لنظام الرعاية الصحية.

٢- التعرف على التغييرات الطارئة على نظم تمويل الرعاية الصحية.

٣- توضيح كيف يمكن لمبادرات الجودة تقليل الأخطاء الطبية.

٤- وصف كيف يمكن للممارسة المبنية على الأدلة التغيير في مجال التمريض.

٥- توضيح كيف تتمكن المستشفيات من تحقيق الاعتماد.

٦- توضيح أهمية التكنولوجيا الحديثة في مجال التمريض.

٧- وصف كيف يمكن للاختلافات العمرية والنوعية التأثير على الإدارة الفعالة.

٨- توضيح كيف يمكن للاستعداد أن يصبح أهم دفاع ضد العنف والكوارث.

٩-تعريف التغييرات والتحديات التي تواجه الممرضين في الوقت الحالي، والتي من الممكن أن يستمر تأثيرها عليهم في المستقبل.

الخلاصة:

في هذه الأيام تتولى جميع الممرضات مهام المديرين، فإذا كنت تعملين في (عيادة خاصة بك، أو في عيادات خارجية بمركز جراحي، أو وحدة الحالات الحرجة بمستشفى ما، أو حتى في إحدى وكالات الرعاية المنزلية التي تقدم خدمات رعاية للمسنين) سوف تضطرين للتعامل مع طاقم عمل ، منهن من يمتهن التمريض، أو من يعملن مساعدات معك ومن أجلك. في نفس الوقت عليك أن تكوني واعية بشأن التكاليف. ولتتولي أمور مهنتك بشكل جيد عليك أن تفهمي نظام الرعاية الصحية والمؤسسات التي تعملين في إطارها؛ فعليك أن تدركي جميع المؤثرات الخارجية التي تؤثر على عملك

وكيفية التأثير على هذه المؤثرات. ويجب أن تتعرفي على ما يحفز طاقم العمل المحيط بك، وكيفية إيجاد المناخ المناسب الذي يلهمهن ويعززهن، كما يجب أن تتعاملي وتتعاوني مع الآخرين كقائد، وتابع، وعضو من أعضاء فريق العمل، وذلك لكي تثقي في قدرتك على العمل كمديرة وقائدة.

هذا الكتاب مصمم من أجل إمداد الخريجين الجدد والمديرين المبتدئين بالمعلومات التي تساعدهم ليصبحوا مديرين ذوي كفاءة وقادة في مجال الرعاية الصحية، حيث تتطلب البيئة المتغيرة للرعاية الصحية مهارات إدارية منتقاة، ومهارات قيادية ممتازة أكثر من أي وقت مضى.

التغييرات في مجال الرعاية الصحية

إن نظام الرعاية الصحية يتغير بشكل سريع، بسبب العوامل الآتية :

الأدوية ذات التكلفة المرتفعة، والأجهزة الآلية، والرعاية الافتراضية، وتكنولوجيا التصوير، والإجراءات الجراحية الحديثة، والزيادة المطردة في التكاليف. وتعد مشكلة صعوبة الدخول في مجال الرعاية من أكثر المخاوف المؤرقة لأرباب العمل، وموفري خدمات الرعاية الصحية، وصانعي القرار، والعامة، من أجل خلق نظام الرعاية الصحية أكثر تعقيدًا، وكفاءةً، وتكليفاً حتى الآن، حيث يطرأ عدد من التغييرات على نظام الرعاية الصحية الحديث.

تمويل الرعاية الصحية

كيف تدفع الولايات المتحدة الأمريكية تكاليف نظامها الصحي؟

تنفق الولايات المتحدة الأمريكية أموالاً على نظام رعايتها الصحية أكثر من أي دولة أخرى. و قد ارتفعت نفقات الرعاية الصحية حتى وصلت تكلفتها إلى ٢,٥ تريليون دولار أمريكي في عام ٢٠٠٩، مستهلكة بذلك أكثر من ١٧٪ من الناتج المحلي الإجمالي للولايات المتحدة. ومع هدف توفير الرعاية الصحية لغالبية المواطنين الأمريكيين، قام الكونجرس الأمريكي بتمرير مشروع إصلاح نظام الرعاية الصحية المعروف بقانون حماية المريض، وتقديم الرعاية بأسعار مقبولة "PPACA" والذي تم إقراره ليصبح قانونًا فيما بعد في الثالث والعشرين من مارس عام ٢٠١٠. وبينما يخضع تطبيق هذا القانون لعدد من التحديات التشريعية، إلا أن حلم توفير رعاية قليلة التكاليف ذات كفاءة لعدد أكبر من المواطنين الأمريكيين مازال يلوح في الأفق.

الدفع بناءً على الأداء

في عام ١٩٩٩ أصدر معهد الطب (The Institute of Medicine) تقريرًا يشير من خلاله إلى حدوث حوالي ٩٨ ألف حالة وفاة سنوياً نتيجة لأخطاء طبيه كان من الممكن تفاديها، مثل عمليات جراحية خاطئة، أو عدوى كان من الممكن احتواؤها، أو تقرحات. وفي عام ٢٠٠٨ اكتشف الباحثون أن " آثار الأخطاء الطبية تستمر لفترة طويلة حتى بعد خروج المريض من المستشفى" . وبالرغم من المجهودات المبذولة لمنع وقوع الأخطاء الطبية، إلا أن تكلفتها استمرت في الارتفاع، حيث تشير التقديرات إلى أنها وصلت إلى ١٩,٥ مليار دولار أمريكي سنوياً.

في عام ٢٠٠٨ قامت مراكز تقديم خدمات الرعاية الطبية والمعونات الطبية – وهي المراكز التي تراقب النفقات الحكومية على الرعاية المقدمة – بربط النفقات بجودة الرعاية المقدمة وذلك عن طريق تغيير سياستها بمنع دفع تكاليف الأخطاء الطبية، فإذا حدثت أية أخطاء فإن المستشفى تتحمل تكلفتها. ولهذا فإن الدفع بناءً على الأداء أصبح هو الأمر الطبيعي والغالب. ويقاس الأداء الآن بجودة الرعاية المقدمة.

المطالبة بتحقيق الجودة

مبادرات تحقيق الجودة

نشأت العديد من المبادرات الهادفة لتحقيق جودة الرعاية الصحية سعيًا لتقليل الأخطاء الطبية. وتعد إدارة الجودة أحد الأساليب الوقائية التي تم تصميمها للحيلولة دون تحويل المشكلات البسيطة إلى كوارث. لقد بدأت الحركة المطالبة بتنفيذ الجودة فعلياً بعد الحرب العالمية الثانية، عندما تبنت الصناعات اليابانية نظام دابليو ادواردز ديمينج "W. Edwards Deming " الهادف إلى تحسين جودة المنتجات الصناعية، الذي ارتكزت فلسفته على مبدأ احتياجات المستهلكين التي يجب أن تكون في مركز الاهتمام، والتركيز على أهمية تمكين العمال لتحسين الجودة وهو ما يرضي المستهلكين بالتبعية. وقد تبنى ذلك نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة مثلها مثل الصناعات الأمريكية بمبدأ إدارة الأداء.

ويحتوي النظام في طياته على إمكانية التحسين المستمر للخدمات المقدمة عن طريق تقييم مدى إشباع المستهلكين لاحتياجاتهم، والكيفية التي يتم بها تطوير الخطط الإنتاجية الهادفة إلى تحقيق متطلبات المستهلكين. وتعد إحصائيات قياس رضا المرضى إحدى الأدوات التي تمكن مؤسسات الرعاية الطبية من تقييم احتياجات عملائها. واليوم تتطرق مبادرات الجودة إلى جميع جوانب رعاية المرضى، وإلى المجهودات الحكومية المطلوبة لتحسين الرعاية، ومساعي القطاع الخاص لتطويرها.

هذا وقد نشأت تقارير العامة كإحدى الإستراتيجيات التي تستخدمها مؤسسات الرعاية الصحية لتحسن جودة خدماتها، كما تقوم وكالة بحوث وجودة الرعاية الصحية (The Agency for Healthcare Research and Quality "AHRQ") بتمويل المشروعات التي تستهدف تنفيذ ثلاثة مؤشرات للجودة الصحية وهي: الوقاية، الجودة، وسلامة المريض ، والتي تكمن مهمتها في تحسين جودة، وأمان، وكفاءة، وفعالية الرعاية الصحية.

المجموعات الواثبة The Leapfrog Groups

تشكل مجهودات المجموعة الواثبة إحدى مبادرات القطاع الخاص الهادفة لتحقيق الجودة. وتتكون المجموعة الواثبة من اتحاد مشترين من كلا القطاعين العام والخاص، ويرتكز هدفهم على تقليل الأخطاء الطبية الممكن تجنبها؛ حيث تستخدم المجموعة قوتها الشرائية الهائلة في زيادة جودة الرعاية الصحية لمستهلكيها، وذلك من خلال مكافأة المؤسسات الصحية التي تستخدم مقاييس الجودة في الخدمات التي تقدمها. وتركز المجموعة على عدد من المؤشرات في تقييم الخدمات الصحية، وهي كوادر وحدة العناية المركزة ICU staffing، والأنظمة الإلكترونية لطلب الأدوية وترتيب أحسن المستشفيات في التعامل مع أكثر الإجراءات خطورة. وتعتقد المجموعة الواثبة أنه إذا تم تطبيق المهارسات الثلاث للمحافظة على سلامة المرضى، فإنه سوف يتم إنقاذ حوالي ٥٧ ألف مريض، كما سيتم توفير ١٢ مليار دولار أمريكي، وتجنب إنتاج حوالي ٣ ملايين نوع من الدواء غير المجدي.

المقارنة المعيارية Benchmarking

بخلاف إستراتيجيات إدارة الجودة التي تقارن بين بيانات المؤسسات بوحدات محددة مثلما تفعل المجموعات الواثبة، فإنَّ المقارنة المعيارية تعتمد على مقارنة بيانات المؤسسات الصحية مع بيانات

مؤسسات أخرى مشابهة لها؛ حيث يتم استخدام مؤشرات نتائج الأداء للمقارنة بين المؤسسات المختلفة. ومع الإعلان عن النتائج ستقوم المؤسسات الصحية بتحديد نقاط الضعف التي تعاني منها، أو تعزيز نقاط القوة التي تمتلكها. وقد كشفت إحدى الدراسات أن حجم المؤسسة الصحية لا يؤثر على قدرتها عند المقارنة بينها وبين بقية المؤسسات الصحية ذات نفس الحجم أو الأكبر أو الأصغر حجمًا.

الممارسة القائمة على الأدلة

ظهر أسلوب الممارسة القائمة على الأدلة كإحدى الإستراتيجيات التي تساهم في تحسين الجودة، من خلال استخدام أفضل المعلومات المتاحة عن الخبرات الطبية، وقيمة المريض ، وتفضيل تقديم الخدمات الصحية.

ومثل العملية التمريضية فإن خطوات أسلوب الممارسة القائمة على الأدلة هي:

١ - تعريف السؤال الطبي.

٢ - تحديد الأدلة التي تساهم في الإجابة عن السؤال.

٣- تقييم الدليل.

٤ - تطبيق الدليل.

٥ - تحليل النتائج .

وبالرغم من أن نتائج الأبحاث التي قد تكون متضاربة أحياناً تربك المستهلكين والمرضين على حد سواء خاصة، إلا أن هاوس و اومان (٢٠١٠) (Houser & Oman) اقترحا أنَّ الأدلة المختلفة يمكن تصنيفها وإدراجها تحت إحدى هذه الفئات:

- شفهية : نتيجة لتجربة .
- اختباريه: عائدة لتقرير أحد الخبراء في مجال ما.
- إحصائية : مبنية على منهج علمي.
- دراسة حالة : تحليل عميق يتم استخدامه لترجمة عدد من الحالات الإكلينيكية.
- بحث غير مبني على تجارب : مجرد تجميع للعوامل المرتبطة بحالة إكلينيكية ما.
- بحث مبني على أدلة شبه تجريبية: حيث تقتصر الدراسة على موضوع واحد فقط.

• تجارب عشوائية على المجموعات المسيطرة : حيث تعتمد على دراسة المجموعات المسيطرة، وتستخدم التجارب من أجل تحديد مدى فاعلية تدخلات هذه المجموعات.

كما يعتقد هادر Hadar)2010) أن جميع أنواع الأدلة تفيد في اتخاذ القرارات الإكلينيكية، وذلك بالرغم من اعتقاده أن الدليل الإحصائي و التجارب العشوائية على مجموعات السيطرة هما الأكثران دقة في هذا المجال.

الشهادة (الجاذبة) Magnet Certification

يستهدف برنامج الاعتراف الجاذب (The Magnet Recognition Program) مؤسسات الرعاية الصحية التي تقدم خدمات تمريضية ممتازة (ANCC، 2011). ويجب أن تظهر المؤسسات الصحية عدداً من الاشتراطات التي تؤهلها للحصول على الشهادات الجاذبة :-

• تعزيز جودة الخدمات الصحية بشكل يدعم زيادة الممارسات الطبية المحترفة.
• التقديم الممتاز للخدمات الصحية للمرضى والمقيمين بالمستشفى.
• تعميم أفضل الممارسات في تقديم الخدمات التمريضية.

أيضًا يتطلب الحصول على الشهادة الجاذبة استثماراً فعالاً في الوقت والموارد المالية. وقد أظهرت الدراسات أن صحة المريض تتحسن إذا تمكن طاقم التمريض من موافاة معايير الشهادة الجاذبة. لاك (Lake *et al.*, 2010).

وتعتبر الإدارة القائمة على المشاركة، والحكم المشترك، والبيئة المؤسسية المشجعة على الابتكار، والاستقلال، واتخاذ القرارات المناسبة من أهم المكونات التي يشتمل عليها برنامج الشهادات الجاذبة. وعلى المؤسسات الراغبة في الحصول على هذه الشهادات أن توظف محترفين مستقلين في المجال الصحي يمكن الاعتماد عليهم. وبما أن بيئة الرعاية الصحية في الوقت الحالي تتطلب تبني مزيد من المؤسسات الصحية لثقافة مراعاة المستهلك consumer- sensitive culture، فإن ذلك يفرض ضرورة تأهيل الممرضين لاتخاذ القرارات المهمة والمسؤولة في أثناء قيامهم بعملهم حيث ثبت أن المؤسسات التي تعزز من قدرات ممرضيها لاتخاذ القرارات المناسبة، تحقق متطلبات أفضل لعملائها.

ويطلق على المؤسسات التي قد نفذت المبادئ التوجيهية الصارمة للشهادات الجاذبة على ممرضيها والتي أيضًا تم اعتمادها من مركز الممرضين الأمريكيين المعتمدين المستشفيات الجاذبة. وتتسم المستشفيات الجاذبة بعدد من الخصائص وهي:

- نسبة الممرضين للمرضى تكون أكبر لصالح الممرضين.
- مواعيد مرنة.
- إدارة لا مركزية.
- إدارة مبنية على أسس المشاركة.
- استقلالية في اتخاذ القرارات.
- التقدير.
- فرص جيدة للتقدم الوظيفي.

هذا ويمكن أن تستفيد مؤسسات الرعاية الصحية من تحسين ظروف عمل الممرضين الناتج عن تطبيق اشتراطات نظام الشهادات الجاذبة في الحفاظ على طاقم عملها، واجتذاب طاقم جديد من الممرضين، حيث يمكن تقليل حالة النقص التي يعاني منها عدد من المؤسسات الصحية من الممرضين عن طريق تشجيع الممرضين الحاليين على المشاركة في عملية اتخاذ القرارات ،وزيادة اهتمامهم بنجاح المؤسسة العاملين بها.

ولمعرفة المزيد عن كيفية تحسين جودة الرعاية الصحية انظر الفصل السادس "إدارة وتحسن الجودة".

التكنولوجيا المتطورة

قد تثير التغييرات التكنولوجية السريعة الحادثة في الوقت الحالي حالة عامة من الحيرة والإعجاب بين جموع العاملين بالمجال الصحي، حيث ظهرت أنواع كثيرة للتكنولوجيا، مثل نظم معلومات المستشفيات (HIS)، والسجل الصحي الإلكتروني (EHR)، والإدخالات الرقمية لنقاط الرعاية (POC)، ونظام دخول مزود، وإدارة دوائية مستخدمة شفرة التعرف، ولوحات متابعة إدارية، وتقارير، وبرامج مقارنة البيانات، ورعاية افتراضية مقدمة عن بعد، وأجهزة آلية . هذا بالإضافة إلى تكنولوجيا الاتصالات – الهواتف الذكية والشبكات الاجتماعية – التي تستمر في

التطور إلى الآن. ولا عجب أن يشتكي العاملون في المجال الطبي من عدم قدرتهم على ملاحقة التطورات التكنولوجية الواعدة . و للأسف من المتوقع أن تستمر في الظهور بلا هوادة.

السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs)

لقد صممت السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs) من أجل مواكبة التطورات السريعة في المجال الصحي، حيث إنه في الوقت الذي اعتمدت فيه البنوك، وبائعو التجزئة، وشركات الطيران والصناعات المختلفة على نظم تكنولوجية متكاملة لتدير معاملاتها الموسعة، إلا أن الرعاية الصحية ظلت معتمدة على التقارير الورقية لفترة طويلة، ونتيجة لذلك سببت المشكلات المتعلقة بالحفاظ على البيانات الصحية قلقاً مستمراً للمؤسسات، وللمستهلكين وصانعي القرار، ولكن مع استخدام النظم الرقمية تم تقليل مخاطر فقدان البيانات. تروسمان (Trossman, 2009a)

وقد أثبتت السجلات الصحية الإلكترونية قدرتها على تحسين الكفاءة، وتقليل الأخطاء الطبية، وتقليل تكاليف الرعاية الصحية. كما تمكنت السجلات الصحية الإلكترونية (EHRs) من الاستمرار في رعاية المرضى، والمتابعة المستمرة للرعاية السرية، والحفاظ على سلامة المرضى. بالإضافة إلى ذلك فإن الأنظمة الرقمية المتكاملة للرعاية الصحية تساعد في مقارنة البيانات الصحية والأوضاع الإكلينيكية فيما بين المؤسسات الصحية المختلفة، أو حتى بين البلدان، وهو ما يعزز من عملية صنع القرارات الصحية. ويعتقد أنه مع قيام الحكومة الفيدرالية الأمريكية بتمويل الأنظمة الصحية للتحسين من سجلاتها الصحية الإلكترونية، سوف يتم زيادة عدد المستشفيات التي تستخدم السجلات الصحية الإلكترونية لتتخطى الـ١٢٪. جوميز (Gomez, 2010).

الرعاية الافتراضية

ظهر مصطلح الرعاية الافتراضية ،أو كما عرف قديماً، بالطبيب عن بعد أو الرعاية الصحية عن بعد – من أجل التقييم والتدخل والمراقبة البعيدة للمرضى. وقد ساهمت تكنولوجيا الاتصالات والهواتف النقالة في تمكين محترفي الرعاية الصحية من تقديم خدمات الرعاية عن بعد لمرضاهم. وعلى سبيل المثال يتمكن الممرضون باستخدام شاشات المراقبة ICU متابعة الإشارات الحيوية للمرضى وهم على بعد أميال من المستشفى. وقد تم استحداث مجموعة من الأدوات الطبية الإلكترونية – مثل سماعات الطبيب – والتي أصبح من الممكن أن يستخدمها مقدم الخدمة الصحية

بكل سهولة عن بعد. وتمكنت هذه الأدوات من توفير استشارات ممتازة للمرضى. زابتوكني روف (Zapatochny-Rufo, 2010)

الأجهزة الآلية

تعد الأجهزة الآلية إحدى التطورات التكنولوجية الحديثة، حيث تستطيع المستشفيات الآن أن تطلب عددًا من الأدوية إلكترونياً ويقوم أحد الروبوتات الموجهة بالليزر المتواجدة بالصيدلية من تجهيز الطلبية وتوصيلها لطاقم التمريض من خلال المصاعد الكهربائية. وتعد هذه التكنولوجيا أكثر كفاءة، ودقة، وتوفيراً للوقت عما كان من الممكن أن يقدمه الإنسان. ويمكن للأجهزة الآلية المتحركة مراقبة المرضى، وتغيير حالاتهم، أو تقاريرهم الصحية. هذا ويمكن أن تسمح لمقدمي الخدمات الصحية من التواصل عن بعد لاسلكياً عن طريق الهاتف والحاسوب المحمول. وستستمر استخدامات الأجهزة الآلية في الوقت الحديث تحت قيد الموارد المتاحة.

تكنولوجيا الاتصالات

تغيرت تكنولوجيا الاتصالات وطريقة تفاعل وتواصل الناس مع بعضهم بعضاً. سيلفان (Sullivan, 2013). و ازداد انتشار المعلومات (سواءً كانت دقيقة أو غير دقيقة) بسرعة البرق بين الناس، علاوة على التقاط الهواتف الذكية للأحداث والصور ونقلها على الفور إلى أماكن بعيدة.

وقد أحدثت الشبكات الاجتماعية ثورة في عالم الاتصالات فنقلته إلى أبعد نطاق ممكن، وذلك في بضع سنين فقط. كابلان وهنيلين (Kaplan & Haenlein, 2010). وتجمع الشبكات الاجتماعية الأفراد، وتشجعهم على التعاون ونقل الصور، والأفكار، والآراء عبر الشبكات والمواقع الإلكترونية، والمنتديات، والمدونات الاجتماعية، والمدونات الشبكية، ومواقع الويب، والمدونات الصوتية، وRSS، وغرف الشات الإلكترونية، والمدونات المصغرة مثل تويتر، والمجتمعات الإلكترونية مثل فيسبوك سوليفان (Sullivan،2013).

وتمتلك أغلب مؤسسات الرعاية الصحية مواقع إلكترونية وصفحات على الشبكات الاجتماعية، مثل فيسبوك وتويتر والمدونات. وقد تمتلك وحدات المؤسسة صفحات منفصلة خاصة بها على فيسبوك، حيث ينشر طاقم عمل هذه الوحدات آراءهم ويتواصلون من خلالها، ولكن فرص نقل

المعلومات وإنشاء العلاقات الناتجة عن هذا التطور التكنولوجي تحمل في طياتها نوعاً من أنواع المخاطر. تروسمانب وروزا (Trossmanb2010، Raso, 2010). فقد تتعرض خصوصية المرضى، وسمعة المؤسسة، وجهود تطوير المؤسسة للمخاطر إذا تم نشرها على المواقع الإلكترونية (Sullivan, 2013).

الاختلافات الحضارية والنوعية والعمرية

أشار بحث تعداد بالولايات المتحدة إلى ارتفاع أعداد الأقليات من ٣١٪ إلى ٣٦٪ خلال الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٠ (U.S. Census, 2011). واحتلت الأقلية الأمريكية ذات الأصول اللاتينية المرتبة الأولى، فزاد عدد سكانها ليصبح ٥٠ مليون مواطن (١٦٪ من إجمالي الشعب الأمريكي). ويليها أقلية الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية، فارتفع عددهم إلى ٤٢ مليون مواطن (١٤٪ من إجمالي الشعب الأمريكي)، ويليهم أقلية الأمريكيين ذوي الأصول الآسيوية، وقد بلغ عددهم ١٤ مليون مواطن (٥٪من إجمالي الشعب الأمريكي).

وتنعكس هذه الأقليات الحضارية على العاملين بقطاع الرعاية الصحية، حيث أظهر تقرير لمؤسسة إدارة الموارد والخدمات الصحية (HRSA, 2011) ارتفاع نسبة الممرضين ذوي الأصول اللاتينية، والآسيوية، والأفريقية، وغيرهم من الأقليات إلى ١٦٪ من إجمالي عدد الممرضين، بعد أن بلغ ١٢٪ في عام ٢٠٠٤.

وهناك مزج كذلك بين الجنسين في مؤسسات الرعاية الصحية، غير أنَّ نسب هذا المزج تختلف على المستوى القومي، إذ يفوق عدد النساء الرجال في مجال التمريض، حيث تبلغ نسبة الممرضين الرجال ٦٪ فقط من إجمالي ٣ ملايين شخص يعملون بمهنة التمريض، بيد أنَّ الدراسات تشير إلى اتجاه نسبة الرجال نحو الارتفاع . وتبلغ نسبة الرجال إلى النساء ١ إلى ١٠. وتم الوصول لتلك النسبة منذ ١٩٩٠ (HRSA, 2011). ويشكل الاختلاف الحضاري والنوعي تحدياً لمدير التمريض الذي سيتعامل مع هذه الاختلافات، فعليه أن يراعي الاختلافات الثقافية والنوعية عند التعامل مع الزملاء وطاقم العمل والإداريين، وعليه أيضًا أن يتدخل لحل الصراعات بين الفئات المختلفة.

لم يتم قياس الاختلافات العمرية المتواجدة في مهنة التمريض (Keepnews *et al*, 2010)، ولكن من المؤكد أنَّ توقعات كل جيل عن عمله (الجيل Y أو الجيل الصغير) تختلف عن الجيل

السابق له (الجيل X أو جيل المحافظين) ، فجيل X يقدر الإخلاص ويحترم السلطة. أما الجيل Y فيقدر المهنية والنمو الذاتي ويتوقع أن عمله سيحدث فرقاً.

ويجاهد جيل X ليوازن بين حياته العملية وحياته العائلية، ويعتقد أنه لا يجب أن يكافأ لتحمله هذه المسؤولية (Keepnews *et al.*, 2010)، أما الجيل Y فلديه ذكاء تكنولوجي، ويحصل على المعلومات بشكل فوري .

ومن مشكلات التعامل مع الاختلافات النوعية والحضارية أن يواجه مدير التمريض أيضًا تحدياً عند تعامله مع الجيلين، فعليه أن يتجنب الصراعات بين الجيلين، ويقدر مشاركة كل جيل في العمل، ويشجع اختلاف كل جيل، ويزيد من هذه الاختلافات لتعزيز قدرات طاقم العمل (Chambers, 2010).

تجنب العنف والاستعداد للكوارث

ومما يؤسف له أن الأعمال العنيفة تهدد أماكن العمل، وخاصة مجال التمريض. حيث وقع ما يقرب من ٥٠٠ ألف ممرض ضحيةً لأعمال العنف (Trossman, 2010c)، كما تهدد الكوارث الطبيعية (كالزلازل والتسونامي) والأعمال الإرهابية، والأوبئة مؤسسات الرعاية الصحية، ولذلك فعلى المؤسسات أن تستعد بشكل دائم للمجهول.

وعليه يجب تدريب الممرضين على كيفية التعامل مع الكوارث وأعمال العنف (AHRQ, 2011)، فيجب استخدام نظم المحاكاة الإلكترونية، ووسائل الإيضاح مثل الفيديو، وتدريبات الكوارث لتدريب الممرضين على مواجهة المخاطر والكوارث بكل أشكالها. وسيظل احتمال حدوث كارثة أو أعمال إرهابية، أو تفشي وباء خطراً قائماً بشكل دائم فقد يحدث غير المتوقع في أي وقت، فيجب على مؤسسات الصحة أن تستعد لرعاية ضحايا المخاطر السابق ذكرها، مع تقليل الأثر السلبي الواقع على المرضى وطاقم العمل.

تغير مستقبل التمريض

سيواجه الممرضون الكثير من التغييرات في المستقبل، ومنها: زيادة الطلب على خدمات الرعاية الصحية بسبب زيادة نسبة كبار السن إلى إجمالي عدد سكان الولايات المتحدة، وانخفاض أعداد الممرضين بسبب إحالتهم على المعاش مع كبر سنهم، وتزايد الحاجة لتغيير المناهج التعليمية الخاصة بالتمريض.

والتطور التكنولوجي بمجال الرعاية الصحية يساهم في حماية كبار السن من الأمراض المزمنة، فكبار السن يحتاجون لرعاية خاصة وفائقة لتجنب الحالات المرضية المزمنة والحرجة.

ورغم تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية بسبب زيادة نسبة كبار السن إلى إجمالي عدد سكان الولايات المتحدة، إلا أن أعمار الممرضين تزداد، فمتوسط عمر الممرض المسجل وصل لـستة وأربعين عامًا، غير أنَّ من المتوقع تزايد أعداد الممرضين المسجلين، الذين تقل أعمارهم عن الثلاثين عاماً (HRSA, 2011).

وقد بلغ عدد الممرضين المسجلين بالولايات المتحدة أكثر من ٣ ملايين ممرض، ٨٥٪ منهم يعملون بدوام كامل أو جزئي (HRSA, 2011). ومن المتوقع تزايد فرص عمل الممرضين لتصل إلى ٣,٢ مليون وظيفة بحلول عام ٢٠١٨، وهو معدل نمو أعلى من متوسط كل فرص العمل المتاحة بالولايات المتحدة (U.S. Department of Labor, 2011،كما يتوقع أن تتزايد فرص عمل الممرضين بمؤسسات الرعاية الأولية والرعاية الحرجة.

وقد أوصى المعهد الطبي الأمريكي بضرورة مشاركة الممرضين والأطباء والأكاديميين في إعادة تصميم نظام الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية المتحدة (IOM, 2010). ويوصي المعهد بضرورة تحسين النظام التعليمي للممرضين، وطالب بزيادة نسبة الممرضين الحاصلين على شهادة البكالوريوس فوق ٨٠٪ بحلول عام ٢٠٢٠.

وطالبت مؤسسة كارنيغي بتحسين المناهج التعليمية للممرضين ، بحيث تشمل:

١- الاهتمام بالتدريب والتطبيق العملي للمنهج.
٢- عدم الفصل بين المناهج الإكلينيكية وباقي المناهج.
٣- تعزيز مناهج المنطق الإكلينيكي، وليس التفكير النقدي فقط.
٤- الاهتمام ببنية التعليم.

لمزيد من التطور

ماذا يخبئ المستقبل لمجال الرعاية الصحية؟. ستستمر المطالبات بتحقيق جودة الخدمات الصحية، وستتجه التكنولوجيا الطبية، والاتصالات، وإدارة البيانات لتصبح أكثر تعقيداً، وذلك

مرتبط بزيادة سعة الحاسوبات الآلية في تخزين البيانات (Clancy, 2010)، كما ستصغر أحجام المعدات أكثر، وستصبح الكثير من المعدات متنقلة، وستستمر اقتصاديات تمويل خدمات الرعاية في السيطرة على سياسات وقرارات المؤسسة. ويجب أن تزداد مرونة كل من يعمل في قطاع الرعاية الصحية حتى يتم التكيف مع تغيرات القطاع.

التحديات التي تواجه الممرضين والمديرين

يجب أن يمتلك كل الممرضين المهارات الإدارية. ويجب أن يُدَّرب الممرضون على ممارسة مهارات الإدارة، سواء بالكليات أو بالعمل. والأهم، أن يطبق الممرضون المهارات التي يتعلمونها في حياتهم العملية، كما يجب على مدير التمريض أن يشجع طاقمه على اكتساب وتحسين مهاراتهم الإدارية، فمن خلال تدريب الممرضين على المهارات الإدارية، ستصبح المؤسسات أكثر فاعلية وكفاءة وتكيفًا مع البيئة شديدة التنافس المحيطة بهم.

ويواجه الممرضون والإداريون تحدياً للتكيف أمام تغيرات نظام الرعاية الصحية، فالممرض صاحب المهارات التعاونية ،والتفاوضية ،والتواصلية هو من سيتمكن من التكيف مع البيئة المستقبلية للنظام.

ويواجه مديرو التمريض تحدياً يكمن في مراقبة وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، و إدارة الموارد المحدودة، وتصميم أنظمة جديدة لتقديم خدمات الرعاية، ومراقبة طاقم العمل متعدد المهارات والثقافات، وتدريب طاقم العمل، فمواجهة هذه التحديات ليس بالأمر السهل، حيث تتطلب التزاماً ومرونة وابتكاراً وحماسة. ويجب أن يتحمل مدير التمريض مسؤولية تدريب، وتعليم، وتسهيل عمل طاقم العمل، كما يجب أن يعمل المدير بالتشارك مع الممرضين في عملية تحقيق أهداف الفرد، والوحدة، والمؤسسة، ويجب أن يمتلك المدير المهارات القيادية ليحث ويلهم فريق عمله.

وعلى مدير التمريض أن يتعرف على اهتمامات الإداريين، والمديرين الزملاء، والموظفين، فجميع الفئات تريد الوصول لنفس الغاية وهي تحقيق جودة خدمات الرعاية. ولكن الإداريين يهتمون أكثر بالتكاليف والفاعلية وذلك للحفاظ على بقاء المؤسسة. ويريد مديرو التمريض بناء نظم رعاية مبنية على أسس التعاون والفاعلية، أما الموظفون فيحتاجون الدعم عن طريق إمدادهم

بالأدوات والمعدات، والأفراد. ويجب أن يحقق مدير التمريض التوازن بين كل هذه الاحتياجات. ولهذا، يواجه مدير التمريض أكبر التحديات ، ويحصل على أحسن الفرص في نظام الرعاية الصحية، وهذا الكتاب يمنحك العلم اللازم لمواجهة تلك التحديات.

الخلاصة:

- تتغير بيئة الرعاية الصحية، وستستمر في التغير طوال الوقت.
- سيستمر الصراع بين ضرورة تحقيق جودة خدمات الرعاية الصحية، وبين ضرورة الحفاظ على التكاليف في النطاق المعقول، وسيحدد هذا الصراع كيفية اتخاذ المؤسسة لقراراتها.
- الهدف من مبادرات الجودة هو تقليل نسب الأخطاء الطبية.
- ستظل الاختلافات الحضارية والنوعية والعمرية متواجدة بقوة عمل الممرضين.
- ستساعد الممارسات المبنية على الأدلة في عملية اتخاذ القرارات.
- من أمثلة التكنولوجيا الطبية: الأجهزة الآلية، والرعاية الافتراضية، والتقارير الإلكترونية.
- تشكل تكنولوجيا الاتصال تحدياً وفرصة لنظام الرعاية الصحية.
- يجب الاستعداد لمخاطر الكوارث الطبية والأعمال الإرهابية والأوبئة بشكل دائم.
- مدير التمريض يواجه الكثير من التحديات بسبب البيئة المتغيرة لمجال الرعاية الصحية.

التقويم:

١-اقترح ثلاث طرق يمكن استخدامها لتقليل تكاليف عمل المؤسسة بدون التأثير على سلامة المريض. وكيف ستتمكن من تنفيذ هذه الاقتراحات؟

٢-ما طرق تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقترحها؟ (بغض النظر عن زيادة قوة عمل الممرضين).

٣-كيف تستطيع تقليل عدد الأخطاء الطبية؟ وماذا تقترح لفعل ذلك؟

٤-هل تعتمد قراراتك الإكلينيكية على مبادئ الممارسة القائمة على الأدلة؟ إذا كانت الإجابة بلا اذكر السبب.

٥-كيف يمكن للممرضين أن يستفيدوا من التكنولوجيا الحديثة، وتكنولوجيا المعلومات؟

٦-هل اشتركت بإحدى فرق مواجهة الكوارث؟ ما الذي تقترحه لتحسين مقدرة المؤسسات على الاستعداد للكوارث؟

٧-ما الخطوات التي تقترحها لتنقل ما تعلمته من مهارات ذكرت بهذا الكتاب إلى بقية زملائك؟ وكيف ستطبق هذه المهارات في مكان عملك؟

المراجع

Agency for Healthcare Research and Quality. (2011). *AHRQ disaster response tools and resources.* Retrieved May 25, 2011 from http://www.ahrq.gov/research/altstand

American Nurses Credentialing Center (2011). *Magnet Recognition Program.* Retrieved April 27, 2011 from http://www.nursecredentialing.org/Magnet.aspx

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., and Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation.* San Francisco: Jossey-Bass.

Binder, L. (2010). Leapfrog: Unique and salient measures of hospital quality and safety. *Prescriptions for Excellence in Health Care, 8,* 1–2.

Brown, D. S., Aydin, C. E., Donaldson, N., Fridman, M., & Sandhu, M. (2010). Benchmarking for small hospitals: Size didn't matter! *Journal of Healthcare Quality*, *32*(4), 50–60.

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) (2011). *National health expenditure data.* Retrieved April 25, 2011 from https://www.cms.gov/NationalHealthExpendData/25_NHE_Fact_Sheet.asp

Chambers, P. D. (2010). Tap the unique strengths of the millennial generation. *Nursing Management, 41*(3), 37–39.

Christianson, J. B., Volmar, K. M., Alexander, J., & Scanlon, D. P. (2010). A report card on provider report cards: Current status of the health care transparency movement. *Journal of General Internal Medicine*, *25*(11), 1235–1241.

Clancy, T. R. (2010). Technology and complexity: Trouble brewing? *Journal of Nursing Administration, 40*(6), 247–249.

Dunton, N., Gonnerman, D., Montalvo, I., & Schumann, M. J. (2011). Incorporating nursing quality indicators in public reporting and value-based purchasing initiatives. *American Nurse Today*, *6*(1), 14–18.

Encinosa, W. E., & Hellinger, F. J. (2008). The impact of medical errors on ninety-day costs and outcomes: An examination of surgical patients. *Health Services Research, 43*(6), 2067–2085.

Hader, R. (2010). The evident that isn't . . . interpreting research. *Nursing Management*, *41*(9), 23–26.

Health Resources and Services Administration (HRSA) (2011). *The registered nurse population: Findings from the 2008 national sample survey of registered nurses.* Retrieved April 26, 2011 from http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurvey2008.html

Houser, J., & Oman, K. S. (2010). *Evidence-based practice: An implementation guide for healthcare organizations.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Gomez, R. (2010). Automation: HER upgrade considerations. *Nursing Management*, *41*(2), 35–37.

Institute of Medicine (1999). *To err is human: Building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health.* Retrieved April 26, 2011 from http://www.thefutureofnursing.org/IOM-Report

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons*, *53*(1), 59–68.

Keepnews, D. M., Brewer, C. S., Kovner, C. T., & Shin, J. H. (2010). Generational differences among newly licensed registered nurses. *Nursing Outlook*, *58*(3), 155–163.

Lake, E. T., Shang, J., Klaus, S., & Dunton, N. E. (2010). Patient falls: Association with hospital magnet status and nursing unit staffing. *Research in*

Nursing & Health, 33(5), 413–425.

Markoff, J. (2010, September 4). *The boss is robotic, and rolling up behind you. New York Times*. Retrieved April 28, 2011 from http://www.nytimes.com/2010/09/05/science/05robots.html

Milstein, A. (2009). Encing extra payment for "never events"—Stronger incentives for patients' safety. *New England Journal of Medicine, 360*(23), 2388–2390.

Nolte, E. (2011). *International benchmarking of healthcare quality: A review of the literature.* The Rand Corporation. Retrieved April 26, 2011 from http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR738.html

Raso, R. (2010). Social media for nurse managers: What does it all mean? *Nursing Management, 41*(8), 23–25.

Shreve, J., Van Den Bos, J., Gray, T., Halford, M., Rustagi, K., & Ziemkiewicz, E. (2010). *The economic measurement of medical errors.* Society of Actuaries. Retrieved April 28, 2011 from http://www.soa.org/files/pdf/research-econ-measurement.pdf

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

Trossman, S. (2009a). Issues up close: No peeking allowed. *American Nurse Today, 4*(2), 31–32.

Trossman, S. (2010b). Sharing too much? Nurses nationwide need more information on social networking pitfalls. *American Nurse Today, 5*(11), 38–39.

Trossman, S. (2010c, November/December). Not "part of the job": Nurses seek an end to workplace violence. *The American Nurse*, p. 1, 6.

U.S. Census Bureau (2011, March 24). *2010 Census shows America's diversity.* Retrieved April 29, 2011 from http://2010.census.gov/news/releases/operations/cb11-cn125.html

U.S. Department of Labor. (2011). *Occupational outlook handbook, 2010–11 edition.* Retrieved April 26, 2011 from http://stats.bls.gov/oco/ocos083.htm#outlook

Wachter, R. M., Foster, N. E., & Dudley, R. A. (2008). Medicare's decision to withhold payment for hospital errors: The devil is in the details. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 34*(2), 116–123.

Zapatochny-Rufo, R. J. (2010). Good-better-best: The virtual ICU and beyond. *Nursing Management, 41*(2), 38–41.

الفصل الثاني

بناء المؤسسات

نظريات التنظيم التقليدية:

١. النظرية التقليدية

٢. النظرية الإنسانية

٣. نظرية النظم

٤. النظرية الظرفية

٥. نظرية الفوضى

٦. نظرية التعقيد

الهياكل التنظيمية التقليدية:

١. الهيكل الوظيفي (Functional Structure)

٢. الهيكل المختلط أو المهجن (Hybrid structure)

٣. هيكل المصفوفة (Matrix structure)

٤. الهياكل الموازية(Parallel structure)

هيكل الخدمة الخطية (Service – line structures)

الإدارة القائمة على المشاركة (Shared governance)

ملكية مؤسسات الرعاية الصحية

مرافق الرعاية الصحية

١. مؤسسات الرعاية الأولية (primary care)

٢. مستشفيات الرعاية الحرجة (Acute Care Hospitals)

٣. مؤسسات الرعاية الصحية المنزلية (Home Health Care)

٤. مؤسسات الرعاية طويلة الأجل (Long-Term Care)

الرعاية الصحية المعقدة (Complex Health Care Arrangements)

١. شبكات الرعاية الصحية (Health Care Networks)

٢. العلاقات المشتركة بين المؤسسات (Inter-organizational Relationships)

٣. التنويع (Diversification)

٤. مؤسسات الرعاية الصحية المدارة (Managed Health Care Organizations)

٥. مؤسسات الرعاية الضامنة (Accountable Care Organizations)

إعادة تصميم الرعاية الصحية

التخطيط الإستراتيجي

البيئة التنظيمية والثقافة التنظيمية

الأهداف التعليمية

بعد الانتهاء من هذا الفصل سنتعرف على الآتي:

١. النظريات التنظيمية المختلفة.

٢. الأنواع المختلفة لمؤسسات الرعاية الصحية.

٣. كيفية بناء الهيكل التنظيمي لمؤسسات الرعاية الصحية.

٤. الطرق المختلفة لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

٥. كيف يمكن للتخطيط الإستراتيجي تحديد مستقبل المؤسسة الصحية.

٦. كيف تؤثر البيئة التنظيمية والثقافية على مناخ عمل المؤسسات.

الخلاصة

التقويم

تُعرَف المؤسسة بأنها مجموعة من الأفراد الذين يعملون تحت مظلة كيان ما له أهداف محددة يحاول الوصول إليها باستخدام الموارد المالية والبشرية والمادية المتاحة. ويتم إنشاء المؤسسات لعدد من الأسباب المنطقية والاقتصادية ، حيث تتيح المجهودات الكلية للمؤسسة جمع معلومات وبيانات، وإنتاج سلع وخدمات، وخلق فرص واستثمارات أكثر مما يستطيع الفرد الواحد أن يفعله. وفي هذا الفصل يتم شرح نظرية التنظيم، وكيانها، ووظائفها.

نظريات التنظيم التقليدية

يعود الفضل في إنشاء المؤسسات للمرة الأولى إلى الحضارة السومرية حيث تم تسجيل أول مؤسسة على وجه الأرض منذ حوالي ٥٠٠٠ سنه قبل الميلاد. وقد طورت الحضارات: المصرية القديمة، الرومانية، واليونانية عدداً من النظريات المؤسسة لعمل المجموعات المختلفة، ثم تم بعدها تطوير مبادئ علم الإدارة تحت اسم نظرية التخصص وتقسيم العمل على يد كلٍ من مكيافيللي في عام ١٥٠٠ وآدم سميث في عام ١٧٧٦، ومع هذا فقد ظلت نظرية التنظيم مهملة إلى حد كبير حتى عصر الثورة الصناعية في أواخر الثمانينيات والتسعينيات حيث تم تطوير عدة مناهج علمية تشرح كيفية إدارة المؤسسات، وقُسِم علم التنظيم إلى عده نظريات هي: النظرية التقليدية، النظرية الإنسانية، نظرية النظم، النظرية الظرفية، نظرية الفوضى، ونظرية التعقيد.

النظرية التقليدية (Classical Theory)

تركز النظرية التقليدية على الهيكل الرسمي للمؤسسة. وتفترض تحقق الكفاءة في تصميم المؤسسة، حيث تفترض أن الأفراد يحققون أقصى إنتاجية لهم، وذلك بسبب تصميم مهام العمل بطريقة رشيدة ودقيقه. ويتم بناء المؤسسة على أسس تقسيم العمل، وتخصيص المهام، ووضع الموظفين في المكان الأفضل لهم. وقد بنيت النظرية التقليدية على أربعة أسس هي: التقسيم وتخصيص العمل، والهيكل التنظيمي، وسلسلة الأوامر، ونطاق الإشراف.

تخصيص وتقسيم العمل:

إن تقسيم العمل يقلل من عدد المهام التي يتولاها الموظف الواحد، وبناء على هذا تزيد كفاءته في القيام بعمله، وهو ما يحسن ويطور إنتاجية المؤسسة كلها. ولهذا فإن المؤسسة تحقق عدداً من المكاسب الاقتصادية بسبب تقسيم وتخصيص العمل، كما يمكن للمديرين في ظل هذه النظرية توحيد طريقة تنفيذ المهام وهو ما يمنحهم مزيدًا من السيطرة عليها.

الهيكل التنظيمي:

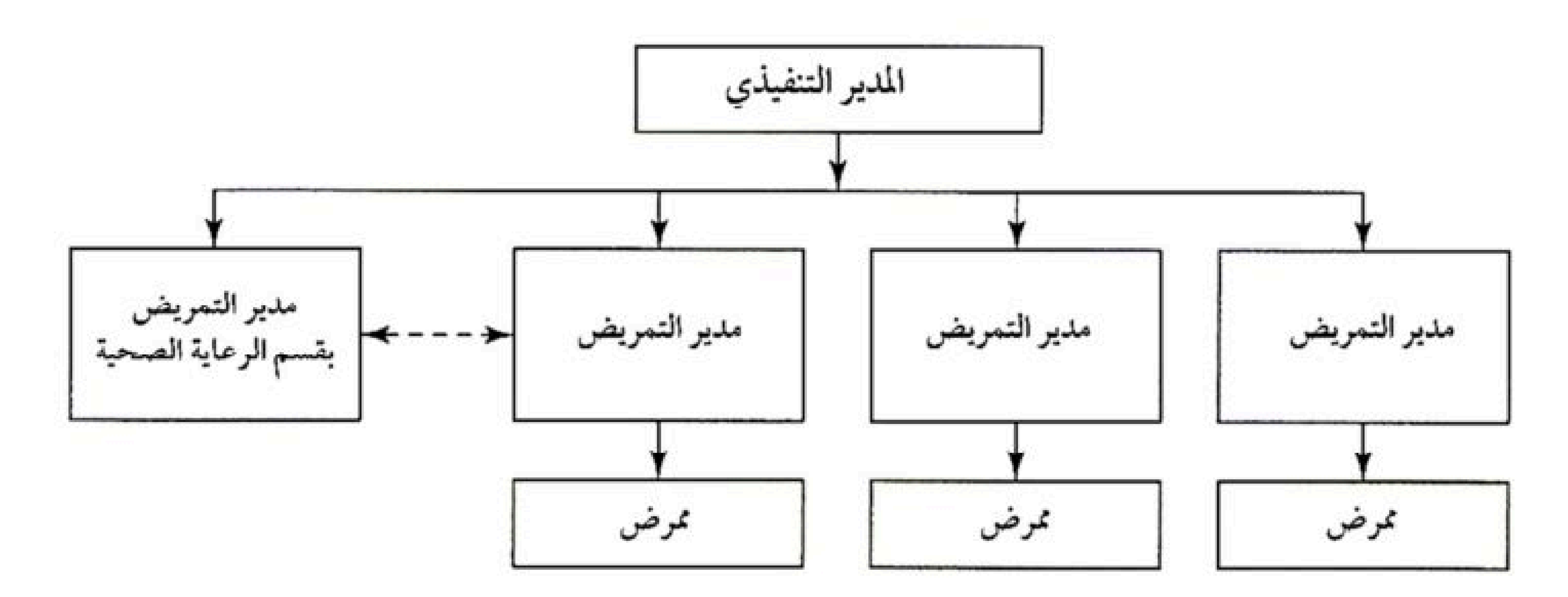
يصف ترتيب مجموعات العمل المختلفة للمؤسسة. ويعد الهيكل التنظيمي النهج الأفضل لتصميم مؤسسات ذات كفاءة. وقد طور رواد النظرية التقليدية مبدأ تقسيم الأعمال الإدارية (departmentalization) كوسيلة لتنفيذ الأوامر، وتعزيز السلطة، وتوفير نظم اتصال رسميه، ولهذا تعد طريقة تصميم المؤسسة هي المؤثر الرئيس في نجاحها وبقائها.

وبناءً على التعريف السابق فإن الهيكل يتكون من مجموعة مهام متنوعة ولكنها مرتبطة بعضها ببعض. وقد قدم ماكس ويبر في عام ١٩٥٨ مصطلح البيروقراطية لأول مرة. وكان يقصد به طريقة مثلى، ورشيدة، وأكثر فعالية لإدارة المؤسسات، أمَّا الآن فقد اكتسبت معنى سلبياً يشير إلى عدم الكفاءة والروتين، والانتظار المطول.

سلسلة الأوامر:

يمكن تعريفها بالتدرج الوظيفي للسلطة المسؤولة داخل المؤسسة. وللسلطة الحق في إصدار القرارات، أما المسؤولية فهي حق الإلزام لتحقيق الأهداف والقيام بمهام معينة، وكلا الأمرين يقوم بهما شخص واحد في المؤسسة.

وتعد السلطة الخطية (line authority) أحد أنواع السلطة. وهي يعبر عن الشكل الخطي المباشر لاتخاذ القرار في المؤسسة، أما السلطة الاستشارية (staff authority) فهي نوع آخر من السلطة يأخذ شكل نصائح وتوجيهات بين المستويات الوظيفية العليا.



الشكل (٢-١) سلسلة الأوامر

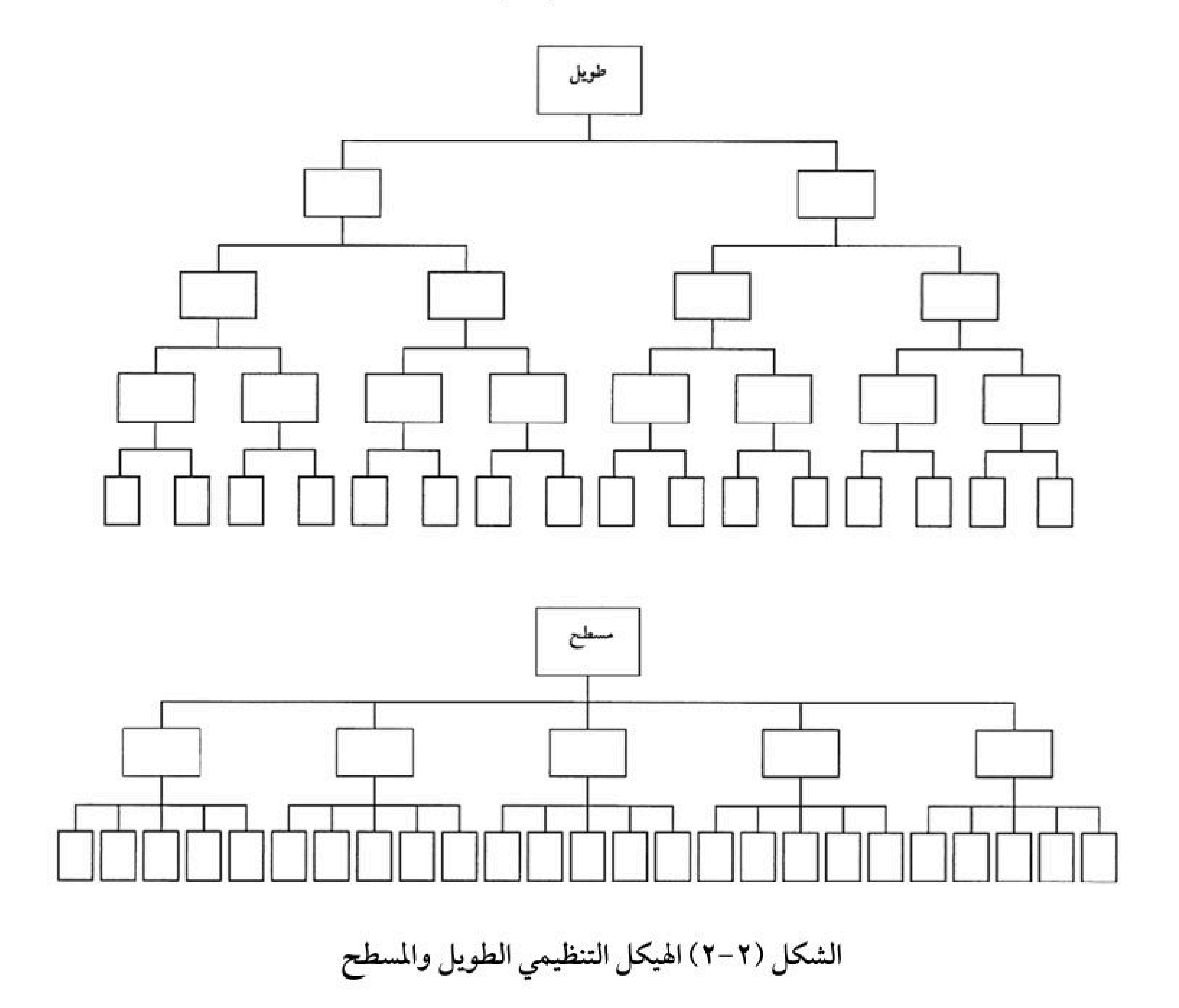
يوضح الرسم علاقة العمل الرسمية التي تمثل نمط السلطة الخطية بين الرئيس التنفيذي لطاقم الممرضين، والمديرين، وطاقم العمل، أما العلاقة بين مدير الممرضين ومدير تمريض الرعاية الحرجة فيعد أحد أمثلة السلطة الاستشارية، حيث إن كل واحد منهما غير مسؤول عن عمل الآخر، ولكنهما يتعاونان معًا من أجل تحسين عمل الوحدة التي يعمل بها كل منهما.

نطاق الإشراف

يمكن تعريف نطاق الإشراف بأنه عدد الموظفين الذين يستطيع المدير الإشراف عليهم بفاعلية. وأغلب المؤسسات المعقدة، التي ترتكز على عدد كبير من الأقسام المتخصصة والمختلفة تنشئ هيكلاً تنظيمياً طويلاً ومتشعباً يعمل به عدد كبير من مجموعات عمل صغيرة الحجم، أما بالنسبة لأقل المؤسسات تعقيدًا، فهي تأخذ هيكلها التنظيمي على شكل مسطح، حيث يشرف عدد محدود من المديرين على مجموعات عمل كبيرة نسبياً. ويوضح الشكل (٢- ٢) الاختلاف بين النوعين.

ويعد جوهر عمل الأفراد هو السمة المميزة للبيروقراطية المهنية، حيث تكون عملية اتخاذ القرار لامركزية، كما تضم البيروقراطية المهنية طاقم عمل متمرساً. وتعد المستشفيات أحد الأمثلة للديمقراطية المهنية.

وبما أنَّ نظريات التنظيم تحتم بناء هيكل تنظيمي، فإن الهياكل التنظيمية التقليدية – التي تم مناقشتها سابقًا – تعد الركيزة الأساسية لعمل النظرية التقليدية.



الشكل (٢-٢) الهيكل التنظيمي الطويل والمسطح

النظرية الإنسانية (Humanistic Theory)

ظهرت النظرية الإنسانية للإدارة من أجل تصحيح عدد من نقاط ضعف النظرية التقليدية، حيث نشأت مع حركة العلاقات الإنسانية التي حدثت في عام ١٩٣٠. وترتكز هذه النظرية على افتراض أن الأفراد يجب أن يتواجدوا ضمن علاقات اجتماعية، يستجيبون فيها للضغوط الاجتماعية، ويسعون من خلالها لتحقيق الذات. وقد تم تطوير هذه النظرية بناء على عدد من الدراسات التي قامت على مصنع ويسترن إلكتريك بهاو ثرون شيكاغو، حيث هدفت إحدى الدراسات إلى إيجاد علاقة بين المستوى العلمي للعمال وبين إنتاجيتهم، ولكنها استنتجت عدم وجود أية علاقة بينهم، إذ ازدادت الإنتاجية في بعض الأقسام بالرغم من انخفاض مستوى التعليم فيها، وهو الأمر الذي قاد الباحثين إلى افتراض تواجد عوامل فسيولوجية غير مرئية أفضت إلى هذه النتيجة المتناقضة.

كما حاولت دراسات متعددة إيجاد علاقة بين مناخ العمل – مثل عدد الراحات، طول فترة العمل – وبين الإنتاجية، ولكنها فشلت أيضًا في إيجاد علاقة بينهما، وهو ما حدا بالباحثين إلى استنتاج أن طريقة الاهتمام بالعمال كأحد الأطراف الفعالة هو الذي أدى إلى رفع إنتاجيتهم. وقد سميت هذه القابلية لزيادة إنتاجية الأفراد كنتيجة لاهتمام المؤسسات بهم بأثر هاوثورن "Hawthorne effect".

بالرغم من أن هذه النتائج تقع تحت طائلة الجدل، إلا أنها جعلت الكثير من رواد نظرية التنظيم يصبون اهتمامهم على الاعتبارات الاجتماعية للعمل في المؤسسات (انظر الفصل ١٧). ومن أهم النتائج التي أكدت عليها هذه النظرية أنَّ الأفراد لا يمكن إجبارهم على فعل أشياء تبدو غير منطقية بالنسبة لهم، وبمعنى أصح فإن السلطة لا تستطيع إجبار الأفراد على فعل أشياء لا يريدون فعلها.

نظرية النظم (Systems theory)

هي النظرية التي حافظ فيها رواد نظرية التنظيم على الرؤية التقليدية للإنتاجية على أنها دالة على العلاقات المتبادلة بين الكيانات، والأفراد، والتكنولوجيا والبيئة. ومثلها مثل نظريات التمريض المبنية على نظرية النظم – مثل نظرية روي ونيومان– فإن نظرية التنظيم تعرف النظام على أنّه مجموعة أجزاء مترابطة في كيان موحد. ويمكن للأنظمة أن تكون مغلقة أو مفتوحة. والأنظمة المغلقة هي تلك التي يمكن إيجادها في العلوم الفيزيائية، وهي التي تكون محتوية لنفسها فقط، أما المفتوحة فهي على العكس، حيث تتفاعل داخلياً مع البيئة المحيطة بها مثل الكائن الحي. وتعد المؤسسة تركيبًا معقدًا بين النظام المفتوح والتكنولوجيا.

وتوفر نظرية النظم إطار عمل يربط بين الأجزاء المترابطة للنظام ووظائفه. ووفقًا لهذه النظرية فإن المؤسسة تقوم باستيراد الموارد أو المدخلات من البيئة المحيطة مثل: الموظفين، والمرضى، والمواد، والمال، والمعدات، ثم يتم استخدام وتحويل الطاقة والموارد بداخل المؤسسة باستخدام الطاقة الإنتاجية، وهو ما يؤدي إلى خروج المنتج من أجل تصديره إلى البيئة مرة أخرى، وبمعنى آخر فإن المؤسسة تقوم بإعادة تدوير المدخلات من خلال المخرجات والإنتاجية. وتحتاج أي مؤسسة صحية – سواء كانت مستشفى، أو مركزاً جراحياً، أو وكالة رعاية منزلية – إلى الموارد المادية والبشرية والمالية. وتقدم كل منها مجموعة متنوعة من الخدمات لعلاج المرضى، إضافة إلى تأهيل وحماية وتعزيز الصحة العامة للأفراد.

وتهتم كل المستشفيات بالإنتاجية، والتي تنعكس على حالة المريض، فمثلاً، تقيّم المستشفى أقسام الطوارئ الخاصة بها عن طريق معرفة كم من الوقت ينتظر المريض لإيجاد سرير خاص به، وكم مرة يعود فيها المريض إلى المستشفى لتلقي العلاج. وتساعد التكنولوجيا الحديثة في عمليات التقييم، مثل أنظمة إدارة الأسِرّة، والتي تحدد الأسِرّة المتوفرة للمرضى في التو واللحظة (Gamble,2009). وتطالب عدد من لجان الاعتماد بتوفير بيانات الإنتاجية من المستشفيات (Joint Commission, 2011).

النظرية الظرفية (Contingency Theory)

تؤكد النظرية الظرفية على إمكانية تعزيز أداء المؤسسة عن طريق الربط بين الهيكل التنظيمي للمؤسسة مع البيئة المحيطة بها. وتعرف البيئة المحيطة على أنها : الأشخاص، والمواد، والأفكار المتواجدة خارج المؤسسة ولكنها تؤثر على أدائها وعملها. وتنقسم البيئة المحيطة بمؤسسات الرعاية الصحية إلى مرضى فعليين، ومرضى محتملين، ولاعبي الطرف الثالث: وهم: الحكومة، والمشرعون، والمنافسون، ومقدمو المعدات الطبية، وكليات التمريض والطب، والمعدات، والصيدليات.

وتختلف مؤسسات الرعاية الصحية باختلاف الخدمات والمنتجات التي تقدمها، وعلى الرغم من هذا الاختلاف إلا أنهم يتأثرون بالقوى الخارجية والداخلية بالمؤسسة. وهذه القوى تتشكل من البيئة الاجتماعية والاقتصادية للبلاد، والتقنيات السائد استخدامها في مجال رعاية المرضى، وحجم المؤسسة، وإيجابيات وسلبيات كليات الطب والتمريض التي تمد مؤسسات الرعاية الصحية بالعاملين، سواءً كانوا ممرضين، أو تقنيين، أو إداريين، أو أطباء.

وكذلك فإن مؤسسات وخدمات الرعاية الصحية تختلف باختلاف البيئة المحيطة بها ، ومستويات التدريب التي يحصل عليها الممرضون، والاحتياجات الطبية والنفسية للمرضى. وهنا يتحتم علينا معرفة إذا ما كان الهيكل التنظيمي لمؤسسة ما يعمل بشكل جيد في إطار بيئة معينة، فإن هذا لا يعني بالضرورة أن تقدم نفس المؤسسة خدمات بنفس القدر من الكفاءة في بيئة أخرى – حيث إن الأدوات التي تستخدمها مؤسسة رعاية مرضى الإدمان تختلف عما تستخدمه مؤسسة رعاية صحة المرأة– ولهذا فإن الشكل الأفضل للمؤسسات يختلف باختلاف الموقف المحيط بها.

نظرية الفوضى (Chaos Theory)

تم إنشاء هذه النظرية على يد رواد علم الميكانيكا الكمية. وهي تؤكد على أن طبيعة العلاقات بداخل المؤسسة، والطريقة التي تؤثر فيها البيئة على المؤسسة لا تأخذ شكل الخط المستقيم أبدًا، حيث إنها تأخذ الشكل الدائري، أو شكل موج البحر في أحيان أخرى ، فعلاقات الأفراد بعضهم ببعض لا تأخذ شكل الخط المستقيم. وهذه الحقيقة تمثل تحدياً عند تصميم المؤسسات وفقًا لفرضيات النظريات التقليدية. فالمؤسسات وفقاً لنظرية الفوضى تخضع لهياكل تنظيمية معقدة ومكيفة مع البيئة المحيطة بها.

وتعتمد دورة حياة المؤسسة على قدرتها على التكيف ومدى استجابتها للتغيرات بالبيئة المحيطة بها، وغالباً ما تميل المؤسسة إلى النمو في بداية مراحل عمرها، ولكن عندما تتضخم إلى حد كبير فإنها تميل للبقاء ثابتة وإلى إنشاء عدد أكبر من المعايير الرسمية التي تحكم إطار عملها. وعند الوصول إلى هذه المرحلة فإن المؤسسة غالباً ما تفقد قدرتها على التكيف والاستجابة لمتطلبات البيئة المحيطة.

وتعتقد نظرية الفوضى أن الهيكل التنظيمي الثابت غالباً ما يؤول مصيره للفشل. ويجب إحلال مفاهيم الأداء التنظيمي الثابت بمبادئ جديدة قائمة على المرونة، والتكيف، والحساسية للثقافة المحيطة بالمؤسسة. وفي ظل البيئة المتغيرة للمؤسسات فإن دور قائد المؤسسة يتمثل في بناء نظام مرن أمام حركة التغيير المستمرة للبيئة، والمحافظة على التوازن بين النظام القائم والفوضى الناتجة عن التغيير المستمر. وهذا الأمر يتطلب من القائد أن يكون مبدعًا ومرنًا أمام الظروف غير المستقرة. وتتطلب هذه النظرية عدم الارتباط بأي نموذج تنظيمي لبناء هياكل المؤسسات المختلفة والاتجاه نحو النماذج المبتكرة، ذات الإطار المرن، التي يمكن أن يتم تعديلها بسهولة مع تغير طبيعة المؤسسات.

نظرية التعقيد (Complexity Theory)

نشأت نظرية التعقيد على يد علماء علوم الحاسوب، وذلك عندما لوحِظ تأثر التوقعات التي بنوها بعدد من الأحداث العشوائية. وقد استخدمت المؤسسات الصحية هذه النظرية بسبب المهمات العشوائية والمعقدة التي تفرضها البيئة المحيطة بها في كثير من الأحيان، حيث قد تتغير حالة المرضى في لحظة، وقد لا يتوفر طاقم تمريض، أو تتعطل الأجهزة بدون سابق إنذار. وقد أكدت النظرية على التفاعلات المعقدة بداخل المهمات الوظيفية بين طاقم العمل، والمرضى، والبيئة . ويتطلب ذلك بناء

نظام عمل مرن ومتفاعل مع التغييرات الحادة في ظروف العمل. وتقدم النظرية تعريفًا لأسباب معاناة مؤسسات الرعاية الصحية مع متطلبات سلامة المرضى بالرغم من المجهودات التي تبذلها للوصول إلى هذه المتطلبات.

الهياكل التنظيمية التقليدية

الهياكل التنظيمية المثالية هي التي تتفاعل مع أهداف المؤسسة، وحجمها، والتقنية المتوفرة بداخلها، والبيئة المحيطة بها. ويمكن تقسيم الأنظمة التقليدية كالآتي: الهياكل الوظيفية، والهياكل الهجينة، والهياكل الموازية، والهياكل المصفوفة.

الهيكل الوظيفي (Functional Structure)

تبعاً للهياكل الوظيفية، يتم تجميع الموظفين أصحاب التخصص والمهام الواحدة داخل قسم معين، فكل قسم يضم الموظفين ذوي المهام الوظيفية الواحدة. ويرأس كل قسم ذي مهمة وظيفية معينة مدير ما. وتنقسم المهام الوظيفية للممرضين وفقًا للخدمات المحددة التي يقدمونها للمرضى. وتعتبر مركزية اتخاذ القرارات نتيجة طبيعية لتطبيق مفهوم الهيكل الوظيفي، حيث إن الإدارة العليا للمؤسسة هي التي تقسم الوظائف.

ومن سلبيات العمل تبعاً لهذا الهيكل غياب التنسيق والتعاون بين الأقسام ذات المهام الوظيفية المختلفة، كما أن مسؤولية اتخاذ القرارات تقع على عاتق المستويات الإدارية العليا للمؤسسة فقط، وهو ما يشكل ضغطاً كبيراً علي عاتقهم ، أيضًا قد لا تتمكن المستويات الإدارية العليا من الإلمام بكافة المهام الوظيفية التي تحدث يومياً بالمؤسسة، بالإضافة لذلك فإن التكيف والاستجابة للتغيرات الحادثة في البيئة المحيطة للمؤسسة تكون ضعيفة، وذلك بسبب عدم القدرة على التنسيق بين المهام الوظيفية . وتقل فرص تدريب طاقم العمل على المهارات الإدارية المختلفة بسبب قصر حركة تنقلاتهم على الأقسام المختلفة فقط وليس إلى مستوى إداري أعلى. ولهذه المآخذ فإن العمل بمفهوم الهيكل الوظيفي غير شائع في ظل التغييرات السريعة لبيئة الرعاية الصحية.

الهيكل المختلط أو المهجن (Hybrid structure)

في أثناء نمو المؤسسة، يتم تجميع الوحدات الوظيفية مع الوحدات المكتفية ذاتياً وينتج عن هذا التجميع الهيكل المهجن. ويوفر الهيكل المهجن نظام تنسيق تلقائي بين الأقسام، ويحقق التكامل

بين الأهداف الخدمية والإنتاجية الخاصة بالمؤسسة، وبذلك يدعم مقدرة المؤسسة على التكيف مع التغييرات الحادثة في البيئة المحيطة بكفاءة.

ويعد التضارب بين وظائف مستويات الإدارة العليا والمديرين أحد عيوب هذا الهيكل، حيث يرى المديرون أي عملية تدخل من الإدارة العليا في مجال تخصصهم على أنها إساءة. ومع الوقت فإن المؤسسات المستخدمة لهذا الهيكل تقوم بتعيين طاقم عمل أكبر لمراقبة الأقسام المختلفة بغرض تحقيق التنسيق الوظيفي.

هيكل المصفوفة (Matrix structure)

يأخذ هذا النوع من الهياكل شكلاً معقداً وفريداً، حيث يجمع بين الهيكل الوظيفي والإنتاجي في بنية واحدة متداخلة. ففي هيكل المصفوفة يتولى مدير واحد مسؤولية القيام بوظيفة ما، وإنتاج منتج ما ، حيث تكون مسؤولية مدير تمريض عيادة الأورام بالمستشفى تقديم تقارير إلى نائب رئيس قسم التمريض، ونائب رئيس قسم العيادات الخارجية.

ويعد هيكل المصفوفة من الهياكل المناسبة لمواكبة الضغوط الخارجية الطارئة على المؤسسات ذات الأعمال المزدوجة، وكما تصلح هذه الهياكل للعمل في ظل البيئة المتغيرة.

وتعد حيرة وإحباط المديرين والموظفين الناتجة عن ازدواجية السلطة أحد عيوب هذه الهياكل. ويتطلب هيكل المصفوفة من المدير حيازة مهارات تواصل ممتازة. وأيضًا من عيوبها استهلاك الوقت، حيث ينبغي أن يجتمع المديرون والقادة والموظفون بشكل مستمر لحل المشكلات التي تطرأ على روتين العمل اليومي، كما يجب على طاقم العمل والإدارة ليس مجرد النظر لأداء مهامهم الوظيفية بل إن ينظروا للصورة الكاملة التي تتطور بها المؤسسة.

الهياكل الموازية (Parallel structure)

تستخدم هذه الهياكل فقط في مجال الرعاية الصحية، وهي ناتجة عن العلاقات المعقدة بين السلطة الرسمية لمؤسسات الرعاية الصحية وسلطة الطاقم الطبي، حيث إن الطاقم الطبي غالباً ما يكون منفصلاً ومستقلاً بذاته عن المؤسسة، ونتيجة لذلك يوجد خطان متوازيان للسلطة: أحد الخطوط يمتد من الهيئة الإدارية إلى المدير التنفيذي إلى الهيكل الإداري للمؤسسة، والخط الآخر يمتد

مباشرة من الهيئة الإدارية إلى الطاقم الطبي. ويتقاطع هذان الخطان في بعض الأقسام كقسم التمريض، لأن اتخاذ القرارات في هذا القسم يحتاج إلى التنسيق بين العوامل الإدارية والطبية.

ويطبق الهيكل المتوازي في مؤسسات الرعاية الصحية التي لديها هيكل وظيفي وهيكل إداري طبي كل منها منفصل عن الآخر . وينبغي معرفة أن الهياكل المتوازية تصبح أقل نجاحًا إذا طُبِقَت في مؤسسات الرعاية الصحية التي تتكامل مع نماذج حديثة يدخل في مظلتها الأطباء الممارسون.

هيكل الخدمة الخطية (Service – line structures)

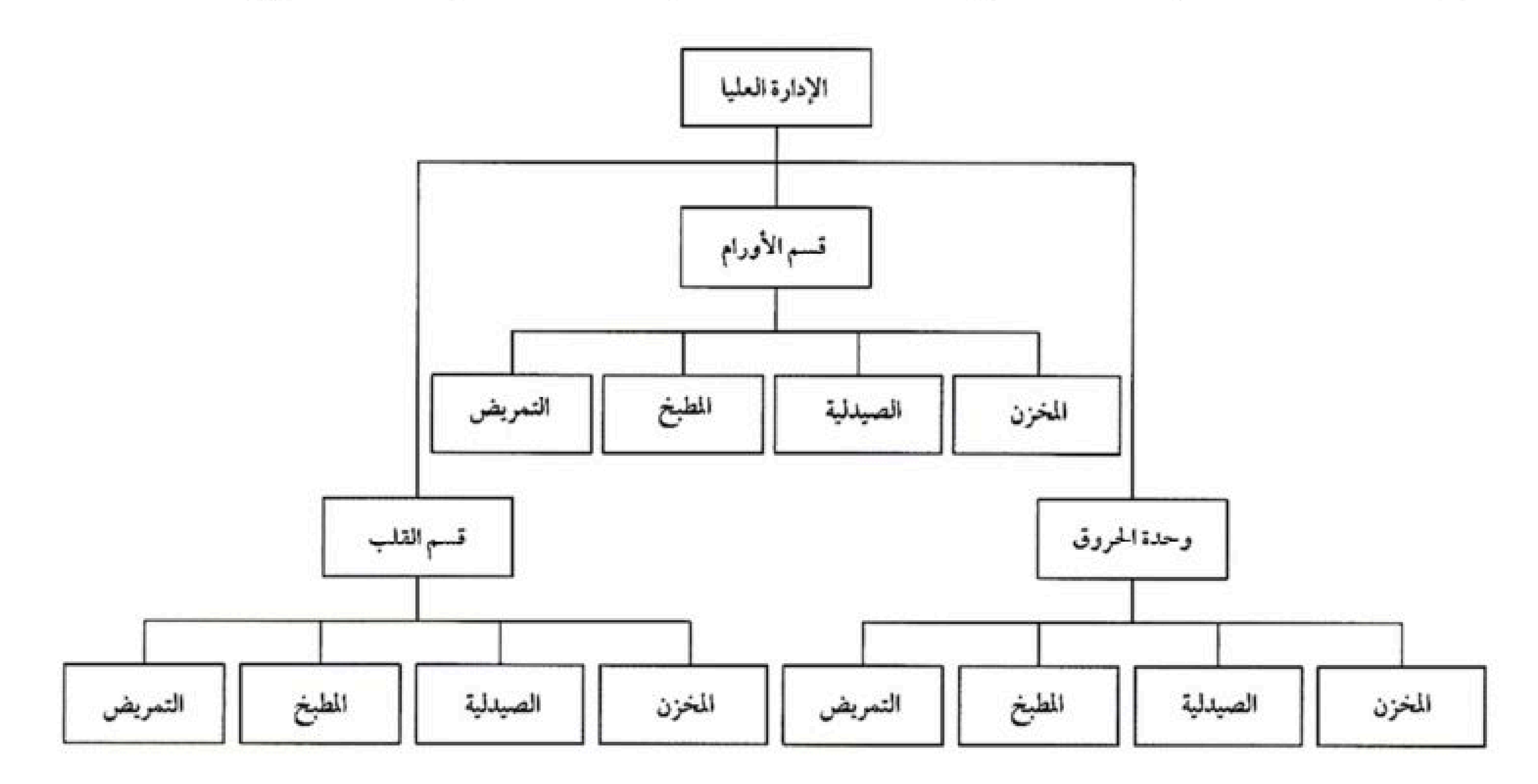
ويطلق عليها أيضًا هيكل المنتج الخطي وهيكل الخدمة المتكاملة (Nugent et al., 2008). وتعد هياكل الخدمة الخطية أحد أهم الهياكل المتعارف عليها حالياً في مؤسسات الخدمة الصحية. وتنظم هذه الهياكل الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وفقاً لحالاتهم واحتياجاتهم الصحية. (انظر الشكل (٢-٣))

وغالباً ما يفضل تطبيق الهياكل المتكاملة في المؤسسات الكبيرة والمعقدة لأن النشاط الواحد – مثل مهمة توظيف الطاقم الصحي – يمكن أن يوكل إلى عدة وحدات منغلقة ذاتياً تستجيب سريعًا لاحتياجات المؤسسة الطارئة. وكما يفضل تطبيق هذا النوع من الهياكل عندما تزيد نسبة عدم التأكد في البيئة المحيطة للمؤسسات، وذلك لزيادة الحاجة إلى التكيف معها.

وتكمن نقاط قوة هذه الهياكل في قدرتها المرتفعة على التغير السريع مع متغيرات البيئة المحيطة، وذلك لأن كل قسم يكون متخصصاً في مجاله، وهو ما يزيد من سهولة تفصيل المخرجات وفقاً للمتطلبات المختلفة، وبها يحقق رضا العميل. بالإضافة لذلك تزداد القدرة على التنسيق بين المهمات المختلفة (التمريض، والصيدلة، وغيرها من أقسام أخرى)، حيث بإمكان مقدمي خدمة ما بداخل المؤسسة أن يتعاونوا مع مقدمي الخدمات الأخرى بغرض تحقيق أهداف المؤسسة الكلية وتقليل التضارب بين الوحدات المختلفة بالمؤسسة. وفي ظل هذا الهيكل تكتسب الأهداف المتعلقة بتحسين الخدمات الأولوية في التحقيق، وذلك لأن المخرجات الخدمية تصبح الهدف الرئيس الذي تريد المؤسسة تحقيقه.

ومن أكبر عيوبها احتمالية حدوث ازدواجية في الموارد (مثلما قد يحدث في حالة الإعلان عن الوظائف الشاغرة بالمؤسسة)، كما يعد انخفاض مستوى التدريب التقني، وانخفاض مستوى التخصص أحد عيوب هذه الهياكل. وقد يكون من الصعب التنسيق بين أنواع الخدمات المختلفة (مثل الخدمات التي تقدم في وحدات أمراض القلب، أو الأورام أو الحروق) حيث إن الخدمات المقدمة في غالب الوقت تكون مختلفة ومستقلة بعضها عن البعض، بل ويمكن أيضًا أن يحدث بينهم نوع من أنواع التنافس على الموارد، مثل التنافس على طاقم العمل الذي قد يكون مقسماً بين هذا التخصص وغيره. وكذلك فإن بعض الخدمات (كأقسام التوليد، والجراحة، والأطفال، وزراعة الأعضاء) تحتاج إلى موظفين ذوي مهارات نادرة وهو ما يفرض تنافسًا فيما بينهم (Page, 2010).

وينبغي القول إن أغلب المؤسسات الصحية الجاذبة (التي تم الحديث عنها في الفصل السابق) تستخدم هيكل الخدمات المتكاملة في الإدارة (Kaplow & Reed, 2008).وتفرض هذه الهياكل عدداً من التحديات على إدارة التمريض والمديرين تتمثل في كيفية إبقاء المعايير التمريضية على نفس القدر من الكفاءة، مع اختلاف الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة (Hill, 2009). وقد اكتشف أرمسترونج، لاشينجر، وونغ (٢٠٠٩) ، أنَّ معايير سلامة المريض تتحسن في المستشفيات الجاذبة بسبب إدراك مدى أهمية تمكين طاقم التمريض من تقديم خدمات صحية جيدة، الأمر الذي يمكن إرجاعه إلى المعايير الجاذبة التي يتطلب تحقيقها إشراك الممرضين في عملية صنع القرار.



الشكل (٢-٣) هيكل الخدمة الخطية

الإدارة القائمة على المشاركة (Shared governance)

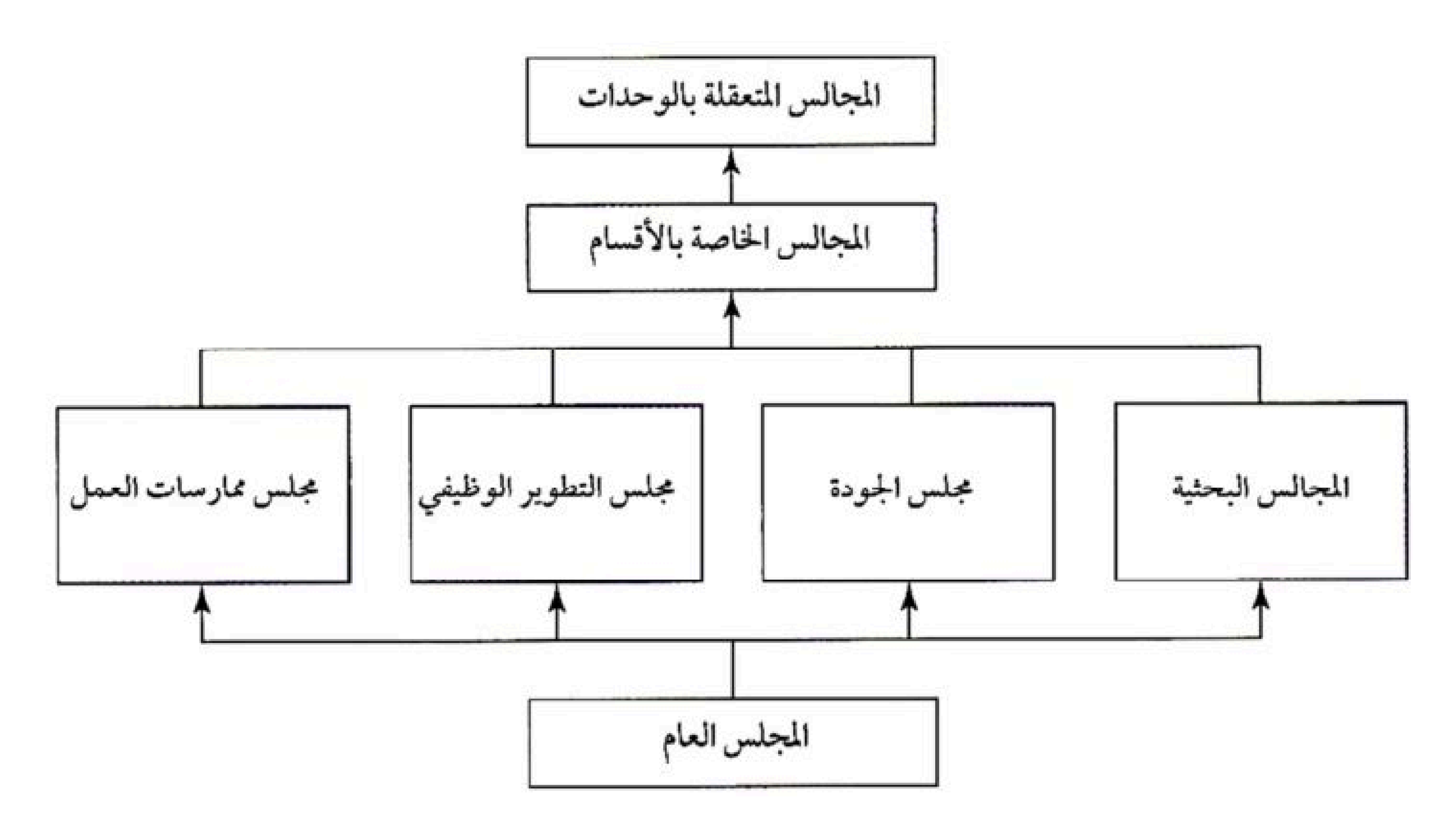
هي عملية تهدف إلى تمكين الممرضين من وضع ورسم السياسات التمريضية، فهذا المفهوم قائم على فلسفة أنَّ الممرضين هم أفضل المحددين للسياسات المتعلقة بمهنتهم. ويعد مبدأ الإشراك في عملية اتخاذ القرار هو أساس فكرة الإدارة القائمة على المشاركة، كما يعد أيضًا أحد أهم الشروط اللازمة للحصول على الشهادات الجاذبة.

ويعتبر الترابط والمساءلة أساس شبكة اتخاذ القرارات التمريضية في ظل بيئة لامركزية. فعندما يتمكن الممرضون من تحديد كيفية القيام بممارسات مهنتهم تتحقق الكفاءة، ويزيد الحس بالمسؤولية، ويقل الإحساس بالعجز الناتج عن عدم التأثير على قرارات الإدارة العليا.

وتعد السمة المميزة لهذا النظام هي مشاركة طاقم التمريض - من خلال الاجتماعات - في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالممارسات التمريضية المطبقة في المؤسسة التي يعملون بها. ويفترض هذا النظام أن طاقم عمل الممرضين - مثله مثل طاقم الأطباء - يقومون بتحديد المهارات الطبية التي يجب أن يتمتع بها طاقم التمريض، ومراقبة سير العمل، وتحديد المسائل الأخرى المتعلقة بالتمريض، وذلك من خلال منتدى أو مجلس مؤلف من الممرضين فقط.

كما تسمح الإدارة القائمة على المشاركة للممرضين بالسيطرة على عملية اتخاذ القرارات الكبرى المتعلقة بسياسات التمريض. ويلاحظ أنَّ أغلب أنظمة الإدارة القائمة على المشاركة تشبه إلى حد كبير تلك المبادئ الأكاديمية الخاصة بنماذج الإدارة الطبية. ويصف الشكل (٢-٤) مشاركة الممرضين في مجالس خاصة بكل وحدة داخل المؤسسة الصحية. وتتفاعل هذه المجالس مع المجالس الأخرى كالمجالس المتخصصة، ومجالس الأقسام المختلفة، والمجالس القيادية المكونة من المديرين والإداريين.

وتؤخذ القرارات داخل المجلس بالإجماع وليس بالأغلبية أو بالتكليف المباشر من المديرين، وهو ما يسمح لطاقم التمريض بأن يشارك بنفس القدر في عملية صنع القرار. وفي المثال ٢-٤ يتضح أنَّ المجالس الخاصة بوحدات المؤسسة تقوم باتخاذ القرارات التي تؤثر على أداء هذه الوحدات، أما المجالس الخاصة بالأقسام فتقوم بمناقشة المشكلات التي تؤثر على الوحدات المندرجة تحت مظلتها، بينما يختص المجلس العام بمناقشة أمور المستشفى ككل.



الشكل (٢-٤) مجالس الإدارة على أساس المشاركة

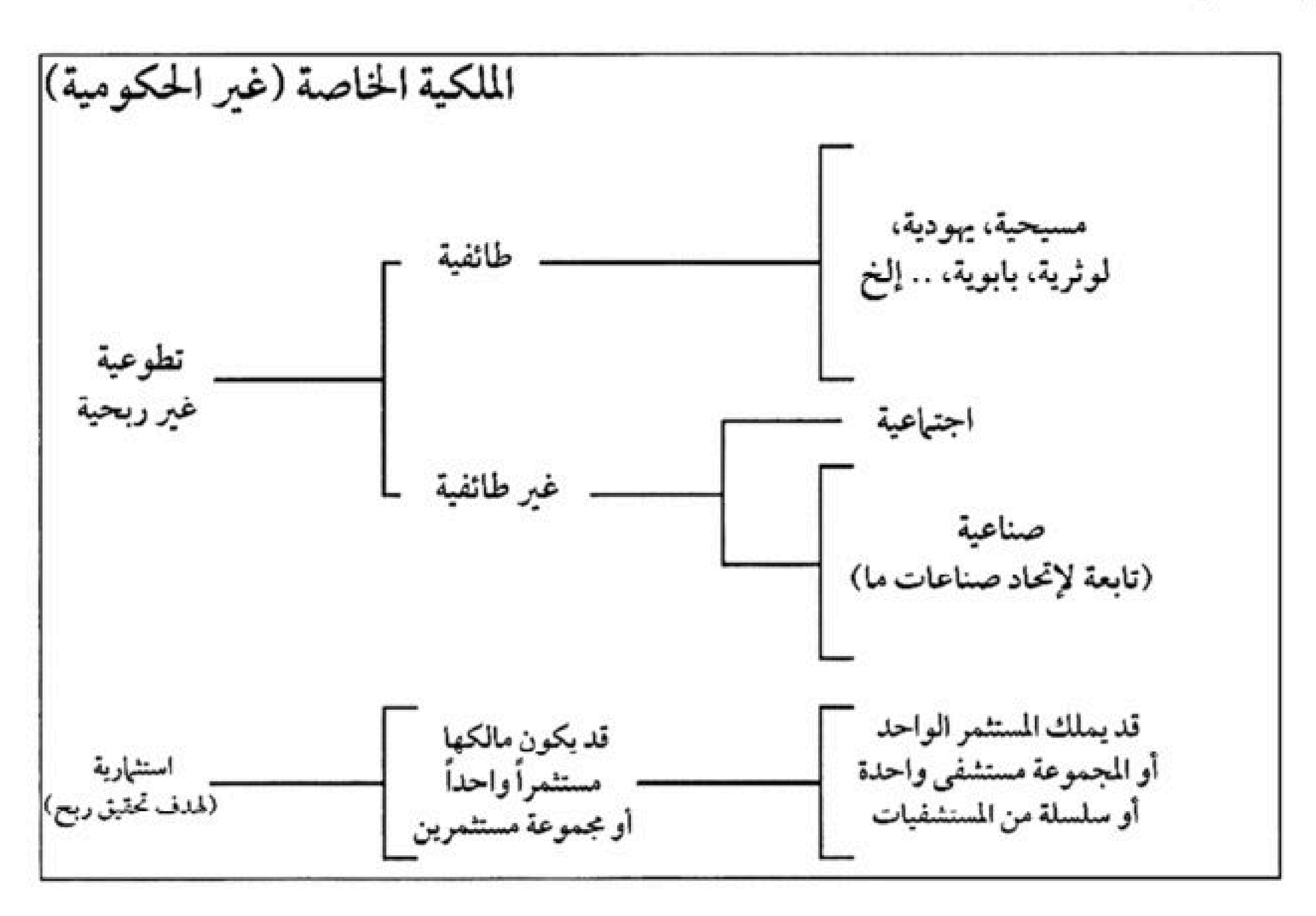
ويتكون المجلس العام من كافة المجالس المتخصصة التي تناقش مشكلات كل تخصص وظيفي على حدة، فمثلاً يناقش مجلس التطوير الوظيفي المستويات التعليمية التي يجب أن يتمتع بها طاقم العمل، كما يراقب مجلس تحسين الجودة جودة الخدمات المقدمة للمرضى. وكذلك بالنسبة لمجلس ممارسات العمل المسؤول عن تحديد معايير رعاية المرضى، كما تساعد المجالس البحثية في تطبيق الممارسات المبنية على الأدلة التي تم التطرق لها مسبقًا في الفصل الأول.

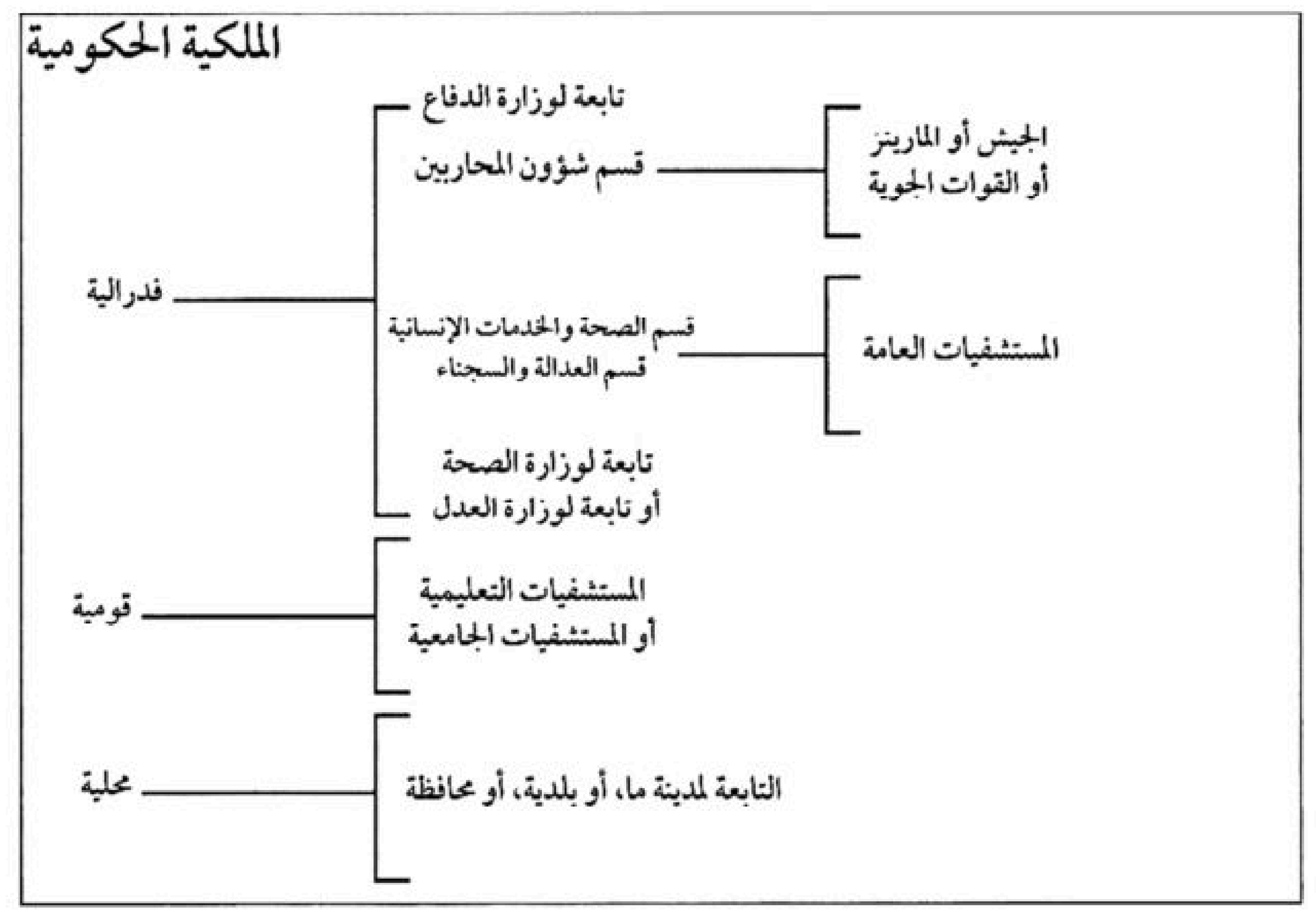
وتتطلب تطورات الرعاية الصحية والهياكل التنظيمية إحداث تغييرات في بناء هذه المجالس، حيث يؤثر الانخفاض في أعداد كوادر التمريض، وجهل البعض بفائدة وطريقة عمل هذه المجالس سلباً على مهام هذه المجالس التمريضية. (Moore & Wells, 2010)

ومع ذلك فإن ليس كل نماذج الإدارة القائمة على المشاركة ناجحة (Ballard, 2010)، حيث يؤثر عدد من العوامل البشرية بالسلب في أداء هذه النماذج، كانعدام الحس القيادي للمشاركين، وعدم إدراك المديرين لأهمية الإدارة القائمة على المشاركة، وعدم مشاركة الممرضين ذوي المهارات العالية في هذا النظام. ويمكن أيضًا أن تؤثر بعض العوامل الهيكلية في الإدارة القائمة على المشاركة بالسلب مثل محدودية الوقت لإقامة الاجتماعات، وزيادة نسبة الغياب.

ملكية مؤسسات الرعاية الصحية

تختلف المؤسسات الصحية باختلاف أحجامها، ودورها، وعملها، وملكيتها، حيث إن الملكية يمكن أن تكون عامة، أو خاصة، أو تطوعية، أو استثمارية، أو طائفية أو غير طائفية. انظر الشكل(٢-٥).





الشكل (٢-٥) أنواع ملكية المؤسسات

وغالباً ما تكون مؤسسات الرعاية الخاصة مملوكة للشركات أو الكيانات الدينية، بينما يدير المؤسسات الحكومية مجالس المدن، أو المحافظات، أو الكيانات الفيدرالية. أما المؤسسات التطوعية فتكون غالباً غير هادفة للربح، بمعنى أن الأموال الفائضة الناتجة عن تشغيل المؤسسة يتم إعادة استثمارها داخل المؤسسة، بينما تقوم المؤسسات الهادفة للربح بتوزيع الأموال الفائضة على المستثمرين. أما الوكالات الطائفية فغالباً ما يكون لديها انتماءات دينية معينة.

مرافق الرعاية الصحية

تختلف المؤسسات الصحية وفقًا للخدمات التي تقدمها فهناك مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، ومستشفيات الرعاية الحرجة، ومؤسسات الرعاية الصحية المنزلية، ومؤسسات الرعاية الصحية طويلة الأجل.

مؤسسات الرعاية الأولية (primary care)

مؤسسات الرعاية الأولية هي أول من يتعامل مع المريض. وتقدم خدمات الرعاية الأولية في غرف الطوارئ، وعيادات الصحة العامة، أو مكاتب الأطباء، وبعض المواقع التي يطلق عليها مواقع الخدمات الطبية الجزئية (Retail medicine).

ومواقع الخدمات الطبية الجزئية هي العيادات التي تقدم خدمات طبية تتلاءم مع الحالات المرضية الطفيفة، والتي يمكن أن يحصل عليها المريض دون مواعيد مسبقة. ويعمل الممرضون بهذه العيادات بشكل أساسي، ويقدم الأطباء لهم الدعم أحياناً. ويمكن وصف مثل هذه العيادات بأنها مثل محلات الطعام السريع التي تقدم خدمات لكافة المواطنين طوال الأسبوع. وقد شككت الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association) في جودة الخدمات الصحية المقدمة للمترددين على مثل هذه العيادات (Costello, 2008).

وقد قدم لرور، أنجستمان، وفرست (٢٠٠٩) دراسة عن جودة الخدمات الطبية التي تقدم في هذه العيادات، حيث قارنت الدراسة بين معدلات عودة المرضى مرة أخرى لتلقي العلاج، وبين المرضى الذين تلقوا العلاج على يد أطباء متخصصين، فاستنتجت الدراسة أنَّه إذا كان عدد المرضى - الذين تم علاجهم في عيادات التجزئة - العائدين لتلقي العلاج مره أخرى بذات الشكوى المرضية متساوياً أو متقارباً مع عدد المرضى العائدين للمستشفى بعد علاجهم على يد أطباء

متخصصين، فإن ذلك يعني أن جودة الخدمات الصحية متساوية في كلٍ من عيادات التجزئة ومؤسسات الرعاية الصحية. وهذا ما تم إثباته بالفعل على يد هذه الدراسة. ووفقاً لهذه النتيجة فإن المرضى المتلقين للعلاج في عيادات التجزئة قد استفادوا من سهولة الوصول لهذه العيادات ومن الجودة المرتفعة للخدمات الطبية المقدمة، ومن انخفاض تكلفة تلقي العلاج.

وتستخدم مؤسسات الرعاية الأولية النموذج المنطقي (Logic model) الذي يهدف إلى تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمرضى. ويعد النموذج المنطقي أحد أنواع الشبكات التي تعتمد في عملها على البحث والتحليل، حيث توفر الأبحاث إطارًا علميًا لتخطيط وتقييم جودة خدمات الرعاية الأولية (Parchman, Howard and Hayes, 2011). ويقوم النموذج المنطقي بتحديد ما إذا كانت الإنتاجية القصوى تتحقق باستخدام الموارد والطاقات المتاحة، وإلى أي مدى يمكن تحقيق أهداف الرعاية الأولية ، كسهولة الوصول وإرضاء العميل.

مستشفيات الرعاية الحرجة (Acute Care Hospitals)

تُصنف المستشفيات وفقًا لمدى طول فترة إقامة المرضى بها، ونوعية الخدمة التي تقدمها. وتصنف أغلب المستشفيات بأنها مستشفيات رعاية حرجة (حيث تكون الإقامة بها قصيرة المدى) سواءً كانت مستشفيات عامة أو متخصصة ،كمستشفيات القلب أو مستشفيات الرعاية النفسية، أو التأهيلية. إضافةً إلى أنَّ كثيرًا من المستشفيات تقدم خدمات تعليمية للممرضين والأطباء.

ويطلق مصطلح المستشفيات التعليمية (Teaching hospital) على المستشفيات المرتبطة بكليات الطب، والتي يعمل بداخلها طاقم عمل من الأطباء والممرضين المقيمين. أما المستشفيات غير التعليمية فلها طاقمها الخاص من المعالجين. وبما أنَّ الوصول للأطباء المتخصصين أصعب من الأطباء المقيمين فإن الدور الإشرافي للممرضين يختلف. وينبغي القول إن تحالفات الأطباء الناشئة حديثاً، والشراكات التي تتم بين المستشفيات وكليات الطب أصبحت تفرض واقعًا جديدًا على مجال الرعاية الطبية.

مؤسسات الرعاية الصحية المنزلية (Home Health Care)

توفر مؤسسات الرعاية الصحية المنزلية خدمات الرعاية الصحية بشكل مؤقت في المنازل على يد متمرسين في مجال الرعاية أو غير متمرسين. وغالباً ما تقدم هذه المؤسسات الخدمة المنزلية للمرضى الذين هم في فترة نقاهة أو للأفراد الذين يعانون من مرض مستمر يهدد حياتهم، أو من

خطر صدمة مرضية ما. وغالباً ما يتم الاعتماد على الممرضين في تقديم الخدمات المنزلية، ولكن بعض المؤسسات قد تقدم المزيد من الخدمات، فتوفر أطباء متخصصين، أو معدات طبية، أو أسرة مستشفيات، أو أجهزة تنفس وعناية مركزة وغيرها.

كما ظهر نوع آخر من مؤسسات الرعاية الصحية المنزلية وهو وكالة الخدمات الصحية المؤقتة، وهي الوكالات التي تمد المستشفيات التي تعاني من نقص مؤقت في الكوادر الطبية والتمريضية بطاقم الممرضين والأطباء والعاملين، وبالإضافة لهذا تقوم هذه الوكالات بتوفير ممرضين بدوام جزئي لرعاية المرضى سواءً في المستشفى أو في المنزل.

مؤسسات الرعاية طويلة الأجل (Long-Term Care)

تقدم هذه المؤسسات خدمات التمريض والرعاية والتأهيل للمرضى. وقد تقدم هذه الخدمات بداخل المستشفى، أو عن طريق مؤسسات مستقلة. وتعد مؤسسات الرعاية السكنية (Residential care facilities) أحد أنواع مؤسسات الرعاية طويلة الأجل، وهي التي تقدم رعاية طويل الأجل على يد مساعدي التمريض تحت إشراف متخصصين وممرضين أكفاء.

وتزداد المؤسسات المقدمة للرعاية طويلة الأجل مع زيادة عدد المواطنين المسنين (Weaver *etal.*, 2008). وتفرض طبيعة عمل هذه المؤسسات عدداً كبيراً من التحديات للعاملين بها، حيث يتنقل المريض بين المستشفيات ومؤسسات الرعاية السكنية حسب ما تستدعيه حالته الصحية، الأمر الذي يؤثر في جودة الخدمات المقدمة لمثل هؤلاء المرضى (Naylor, Pauly and Kurtzman, 2009). ومن تحديات تقديم الخدمات الصحية لكبار السن المعاملة العنصرية ضد الفئات العمرية الكبيرة، وتقديم خدمات الرعاية لوقت طويل بنفس الكفاءة.

الرعاية الصحية المعقدة (Complex Health Care Arrangements)

شبكات الرعاية الصحية (Health Care Networks)

أنشأت مؤسسات الرعاية الصحية هذه الشبكات المتكاملة من أجل تمكينها للبقاء في البيئة المتغيرة والقاسية والمرتفعة التكاليف لمجال الرعاية الصحية. وتستخدم شبكات الرعاية الصحية هياكل تنظيمية مختلفة، ولكن لديها خصائص عامة تميزها وهي:

١ .تقديم خدمات صحية مستمرة.

٢.توفير تغطية جغرافية لكل مستهلكي خدمات الرعاية الصحية.

٣.قبول نسبة ثابتة من المدفوعات عند تقديم خدمات الرعاية إلى مجموعة معينة من الأفراد بغض النظر عن المخاطر التي تتحملها. فمثلاً قد تقدم خدمة الرعاية لكل موظفي شركة ما مع افتراض اختلاف حالاتهم الصحية.

وتشمل هذه الشبكات عدداً كبيراً من المستشفيات والأطباء . وتقدم هذه الشبكات خدمات الرعاية الأولية بالأساس. ويتمثل هدفها الرئيس في إبقاء الأفراد أصحاء عن طريق معالجتهم بطريقة مهنية مما يقلل من تكاليف الذهاب إلى المستشفى. فبدلاً من ملء أسرة المستشفيات بالمرضى أصبح هدف شبكات الرعاية إبقاء المرضى خارج المستشفيات.

وقد أنشأت هذه الشبكات عدداً كبيراً من الإجراءات لتقليل الانتماءات الفردية لمستشفى ما، وبدلاً من ذلك يتم إدماج عدد من المستشفيات والعيادات لتصبح كياناً واحداً. وتتغير هذه الإجراءات بشكل مستمر حيث يعاد تكوينها من أجل إنشاء تحالفات جديدة مع مشتركين جدد.

العلاقات المشتركة بين المؤسسات (Inter-organizational Relationships)

تقوم المؤسسات الآن بإنشاء علاقات مشتركة فيما بينهم من أجل مواجهة التحديات البيئية المحيطة ،وندرة الموارد، والضغوط الحكومية. وقد أنشأت المؤسسات آليات تنظم هذه العلاقات.

ويعد التكامل الأفقي (Horizontal integration) أحد أمثلة الأنظمة التي تستخدمها المؤسسات التي تقدم خدمات متشابهة بغرض تحقيق التكامل بعضها مع البعض – مثل تقديم المستشفيات الموجودة بداخل شبكة خدمات صحية متماثلة – انظر الشكل (٢-٦).

أما التكامل الرأسي (Vertical integration) فهو على النقيض، حيث يشمل التنظيم بين المؤسسات الصحية التي تقدم خدمات مختلفة ،كالجمع بين المستشفيات والصيدليات ومؤسسات التمريض. انظر الشكل (٢-٧).

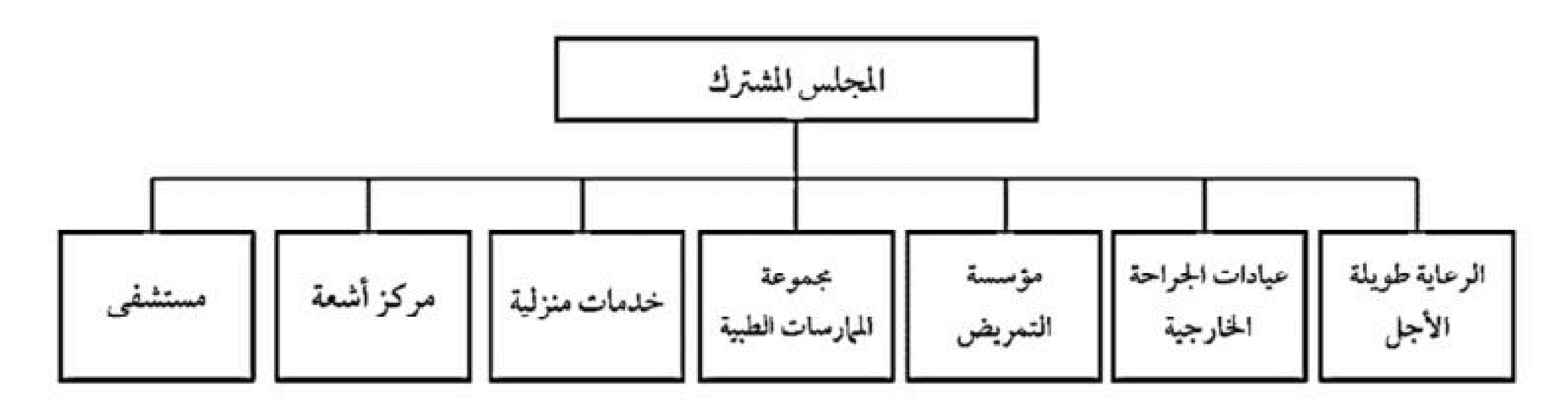
وتوجد كذلك تنظيمات تعتمد على كلا النموذجين – التكامل الرأسي والتكامل الأفقي – في تقديم الخدمات الصحية. ومن أدوات هذه التنظيمات: الاندماجات، والتحالفات، والتكتلات والاتحادات.، والانتماءات. ويوضح الشكل (٢-٨) شبكة مكونة من مؤسسات رعاية صحية مختلفة.



الشكل (٢- ٦) التكامل الأفقي



الشكل (٢-٧) التكامل الرأسي



الشكل (٢-٨) الشبكة المختلطة

التنويع (Diversification)

التنويع هو إحدى الآليات التي تستخدمها المؤسسات الصحية للبقاء على قيد الحياة، فتدخل المؤسسة في مجالات عمل جديدة. وهناك نوعان للتنويع: تنويع مركز(concentric)، وتنويع متكتل (conglomerate).

وتطبق المؤسسة مبدأ التنويع المركز عن طريق دخول أسواق وأماكن جديدة، مع الإبقاء على نفس نوعية الخدمة، أو عن طريق إدخال أنواع جديدة من الخدمات، فمثلاً قد يقوم مستشفى الأطفال بفتح دار رعاية للأطفال المعاقين ذهنيًا ، أو قد يقوم بفتح قسم لرعاية الأطفال في إحدى الحضانات.

ويمكن للمؤسسة كذلك أن تتوسع في تقديم خدمات مختلفة عن طبيعة عملها، مطبقة بذلك مبدأ التنويع المتكتل. وتهدف المؤسسة بذلك إلى زيادة وتنويع مصادر دخلها. فمثلاً قد تقوم مؤسسة الرعاية طويلة الأجل بشراء شركة منتجة للأدوات الطبية المستخدمة في رعاية المرضى لفترة طويلة.

وتعد الشراكة في المشروعات (joint venture) أحد أنواع التوسع، حيث يقدم كل شريك خدمة معينة بمجال ما ، كتقديم الاستشارات أو الموارد الطبية، ويقدم أحد الأطراف (الشريك العام) الدعم المادي والمالي، بينما يقوم الطرف الآخر (الشريك المحدود) بتقديم الخدمة. وتعد الشراكة بين مؤسسات الرعاية الصحية والأطباء المتخصصين أحد أكثر الأنواع شيوعًا. وقد تتشارك مؤسسات الرعاية الصحية، والمستشفيات، والعيادات، والأطباء المتخصصون في إنشاء مؤسسة صحية متكاملة، فتقوم مؤسسة الرعاية الصحية بالتمويل والإدارة بينما يقدم الأطباء الخدمة.

مؤسسات الرعاية الصحية المدارة (Managed Health Care Organizations)

هي كيان يجمع بين مجموعات من مقدمي خدمات الرعاية الصحية يقومون بتقديم خدمات رعاية لمجموعة معينة من الأفراد (مثل موظفي شركة ما، أو المستفيدين من نظام الإعانة الصحية للبلاد) عن طريق منظومة معينة. وتوجد أنواع كثيرة لمؤسسات الرعاية الصحية المدارة وهي: مؤسسات الرعاية الصحية أو (Health maintenance organizations)(HMOs)، مؤسسات تقديم الرعاية المفضلة، أو (preferred provider organizations)(PPOs)، وخطط النقاط الخدمية أو (POS) (point-of-service plans).

مؤسسات صيانة الصحة هي عبارة عن نظام جغرافي يقدم حزمة خدمات صحية وعلاجية لمجموعة من المشتركين في مقابل الحصول على مبلغ شهري معين يدفعه المشترك . ويقوم المرضى باختيار مقدمي هذه الخدمة من ضمن شبكة معينة.

أما مؤسسات الرعاية المفضلة فهي عبارة عن مؤسسة رعاية صحية تقوم بالتعاقد مع الممارسين المستقلين (طبيب أو مؤسسة صحية) من أجل تقديم خدمات صحية للمشتركين بأسعار مخفضة. وإذا حصل المشترك على خدمات صحية من طبيب خارج المنظومة، فإنَّ عليه دفع مبالغ إضافية للمؤسسة.

وتجمع خطط النقاط الخدمية بين نظامي الرعاية المفضلة وصيانة الصحة، حيث يمكن معالجة المشترك في شبكة رعاية صحية ما في مؤسسة تابعة لشبكة أخرى، ولكن عليه أن يدفع مقابلاً أعلى في هذه الحالة.

مؤسسات الرعاية الضامنة (Accountable Care Organizations)

تعاقدت مؤسسات الرعاية الضامنة في عام ٢٠١٢ مع نظام الرعاية الطبية (Medicare) لتقديم الخدمات الصحية لمشتركيها (Ansel & Miller, 2010)، وذلك بدافع تخفيض التكاليف، ومشاركة المعلومات بين الشبكات، وتحسين الجودة.

وتجمع مؤسسات الرعاية الضامنة مجموعة من مقدمي خدمات الرعاية الصحية، يقومون بخدمة مجموعة محددة من المرضى. ويمكن أن تستخدم مؤسسات الرعاية الضامنة لهياكل تنظيمية مختلفة مثل الأنظمة المتكاملة، والأنظمة المفككة. وتعد مؤسسات الرعاية الضامنة أكثر مرونة من مؤسسات صيانة الصحة، حيث يملك المستهلكون حرية الاختيار من بين مقدمي خدمات خارج الشبكة التي تتعامل معها مؤسسة الرعاية الضامنة.

إعادة تصميم الرعاية الصحية

تتأثر البيئة الديناميكية للرعاية الصحية بعوامل متعددة مما يغير من طبيعتها. وتعد الرغبة في تحسين الجودة، وتطبيق السلامة، والمعايير الجاذبة التي تعزز من لامركزية الهياكل التنظيمية، وتزايد أعداد المسنين المحتاجين لرعاية خاصة من أهم العوامل التي تفرض ضرورة إعادة تصميم نظام الرعاية الصحية الحالي.

وتهدف إستراتيجيات إعادة تصميم الرعاية الصحية إلى تحقيق الأمان، والكفاءة، والجودة. ومن أمثلتها: نموذج الرعاية المركزة للمريض، والتركيز على خطوط خدمية معينة، وإنشاء هيكل تنظيمي مسطح ولامركزي.

وقد أصدر المعهد الطبي تقريرًا في عام ٢٠٠١ بعنوان " عبور هوة الجودة Crossing the Quality Chasm موصيًا فيه باتباع نموذج الرعاية المركزة للمريض (IOM, 2001)، وهو النموذج الذي أثبت نجاحه فيما بعد (McCarter, Zarubi and Reiley 2008).

ويعد المنزل الطبي (Medical home) أحد أشكال نموذج الرعاية المركزة للمريض (Berenson *et al.*, 2008)، وهو يجمع بين جميع موفري الخدمات الصحية الأولية المنزلية، وذلك بغرض توفير رعاية مستمرة، وشاملة وسهلة الوصول. وتكمن التحديات التي تواجه المنزل الطبي في صعوبة التنسيق بين موفري خدمات الرعاية الصحية، وتعدد احتياجات المرضى المصابين بأمراض حرجة، وانزعاج المرضى وموفري الخدمة من وسائل الاتصال الإلكترونية التي تنقل البيانات والمعلومات الخاصة بهم. ويُقترح استخدام نظام التقارير الطبية الإلكترونية لتسهيل التعامل مع المرضى أصحاب الحالات الصحية الحرجة، وإقناع كلٍ من المرضى وموفري الخدمة باستخدام وسائل الاتصال الإلكترونية في نقل المعلومات والبيانات بينهم وذلك لمواجهة التحديات السابق ذكرها(Berenson *et al.*, 2008).

وتركز مؤسسات الرعاية الصحية على تقديم عدد محدود من الخدمات، لتحقيق الجودة وتخفيض التكاليف. ويطلق على مثل هذه المؤسسات " مجالات التركيز الكبرى (Big-dot focus areas)"، فمثلاً تركز المؤسسة مواردها لتقديم خدمات علاج أمراض القلب، أو السرطان، أو الأعصاب.

وهناك إستراتيجيات أخرى تهدف إلى تحسين طريقة تفكير طاقم العمل، فبدلاً من التركيز على تحسين الأنظمة يجب التدخل لتعزيز خبرات طاقم العمل (Joosten , Bongers and Janssen, 2009). وتعد الهياكل التنظيمية اللامركزية والمسطحة هي الأنسب للتعامل مع طاقم العمل قليل الخبرة، حيث إنها تمكن طاقم العمل من التدخل في عملية اتخاذ القرارات لتحسين بعض الأمور التي تمس طريقة عملهم (Kramer, Schmalenberg & Maguire, 2010). كما تشجع الهياكل التنظيمية اللامركزية على زيادة روح التعاون والتواصل بين الأقسام.

وتواجه فكرة إعادة تصميم المؤسسات عدداً كبيراً من التحديات منها: اعتقاد طاقم العمل بأن إعادة التصميم سوف يهدد مركزهم ووظائفهم، والاعتقاد بأن غياب السلطة سوف يقلل من جودة الأداء، والخوف من إحلال هدف الجودة بهدف تقليل التكلفة(Lavoie-Tremblay *et al.*, 2010).

ويلعب مديرو التمريض دورًا مهمًا في عملية إعادة تصميم المؤسسات، فهم مسؤولون عن تغيير هيكل المؤسسة بهدف تقليل التكاليف، وتحسين جودة الخدمات، وبناء فرق التمريض، وتدريبهم والرقابة عليهم فقط ، وذلك في ظل بيئة مليئة بالتحديات والتغييرات الدائمة.

التخطيط الإستراتيجي

تعزز معظم مؤسسات الرعاية الصحية من نقاط قوتها من خلال تركيز مواردها في التخصصات التي تبرع فيها. ويجب على المؤسسة القيام بالتخطيط قبل أن تشترك في إحدى الإستراتيجيات السابقة.

ويعد التخطيط عملية مستهلكة للوقت، فلا يجب أن ينفذ على عجل؛ فالخطط المرسومة بدقة تساعد المؤسسة على تحديد أهدافها بشكل أكثر فعالية، وتوجه طاقم العمل للقيام بالأعمال الصحيحة، وتقلل من تشتتها بالمتطلبات الأقل أهمية.

وغالباً ما تتراوح مدة الخطة الإستراتيجية للأهداف والممارسات من سنتين إلى خمس سنوات (Schaffner, 2009)، وتتحدد مدة الخطة بناءً على فلسفة المؤسسة، وتقييم القادة لاحتياجات مؤسساتهم، وظروف البيئة المحيطة بالمؤسسة.

وتعبر فلسفة المؤسسة عن قيم، ورؤية ومهمة المؤسسة (Conway-Morana, 2009). ويمكن تعريف القيم على أنَّها التصرفات والمعتقدات الراسخة بداخل الفرد، والتي تحدد طريقة تعامله مع الناس، وطريقة تفكيره، وأفعاله. وبالنسبة للمؤسسات فإن قيم المؤسسة التي يبنيها القادة تحدد طريقة تصرفها مع الجمهور.

أما بيان الرؤية فهو يعبر عن الهدف الذي تطمح المؤسسة للوصول إليه. ويجب أن يصمم بيان الرؤية بطريقة تحفز وتلهم الموظفين. وتعد هذه الجملة التالية مثالاً لبيان رؤية المؤسسة وهي: " رؤيتنا هي توفير نظام رعاية صحية متكامل يقدم خدمات صحية ممتازة، ويقدم تعليمًا مهنيًا، وأبحاثًا علمية في مجال الرعاية".

أما بيان المهمة فيعبر عن سبب وجود المؤسسة في المجال المتخصص فيه، ويعد تحديد بيان المهمة أول خطوة في تصميم الخطة الإستراتيجية الخاصة بالمؤسسة. وتعد هذه الجملة التالية مثالاً لما يمكن أن يصبح عليه بيان مهمة المؤسسة وهي: "مهمتنا هي تحسين صحة الأفراد والمجتمع الذي نخدمه".

وتبني المؤسسة خطتها الإستراتيجية وفقاً لفلسفتها، ورؤيتها، ومهمتها. وتتمثل الخطوات الأولى لبناء الخطة في الآتي:

- تكوين لجنة للتخطيط الإستراتيجي.
- مقابلة المساهمين الرئيسين للمؤسسة.
- بناء تحليل (SWOT) الذي يحدد نقاط قوة وضعف المؤسسة، والفرص والتحديات التي تواجهها.
- بناء الخطة.
- تنفيذ الخطة.

ويجب أن يشارك أكثر الأفراد تمرسًا، وحماسًا، واهتماماً في لجنة التخطيط الإستراتيجي، ولكن في نفس الوقت – ولكي تكون الخطة ناجحة – يجب أن يشارك الجميع في عملية رسم خطة المؤسسة.

وتشمل أغلب المؤسسات فئات متنوعة من الأفراد منهم : الأطباء، والإداريون، والممرضون، وطاقم الدعم، وممثلو المجتمع. وبالرغم من أن نظرتهم لدور المؤسسة يختلف إلا أنهم يقومون بمشاركة معلوماتهم وآرائهم حول ما يجب أن تفعله المؤسسة لتكون ناجحة.

ويقيّم تحليل (SWOT) الظروف البيئية الداخلية والخارجية والتي تؤثر على طريقة عمل المؤسسة (Kalisch and Curley, 2008)، كما يتم تجميع البيانات من المصادر المختلفة ومن المساهمين في المؤسسة.

ولتصميم الخطة ينبغي عمل ما يلي :

- تحديد الأهداف والإستراتيجيات.
- تحديد التكاليف.
- تحديد مسؤوليات الوحدات والأفراد.
- بناء طرق لقياس الأداء، وتحديد إطارات زمنية للوصول للأهداف.

ويصف بيان الأهداف النتائج التي تريد المؤسسة تحقيقها، ويجب أن تكون الأهداف قابلة للقياس ومحددة فيمكن صياغة الأهداف بهذا الشكل مثلاً "تحقيق إرضاء كل مريض أو مريضة تلقوا الرعاية بداخل المؤسسة".

وتوضع أهداف عامة للمؤسسة كلها، ويتم تحديد أهداف خاصة لكل وحدة على حدة، فمثلاً قد يكون هدف وحدة التمريض كالآتي: "توفير المعلومات والتعليم المناسب للمريض منذ دخوله للمستشفى وحتى خروجه ". وتحدد الإستراتيجيات طريقة العمل التي يجب أن تتبع من أجل تحقيق الأهداف. وقد تتمثل إستراتيجية وحدة التمريض في الآتي: "توفير دروس تعليمية للمريضات قبل الولادة".

ويجب كذلك عند وضع الخطة للأفراد المسؤولين عن كل نشاط في المؤسسة تحديد التكلفة التي تحتاجها المؤسسة للوصول إلى الأهداف، وبناء طريقة لقياس الأداء، وتحديد فترة للوصول إلى الأهداف.

تعد عملية التخطيط الإستراتيجي عملية مستمرة طوال الوقت وتتطلب اهتماماً مكثفاً من أجل أن تتعرف المؤسسة على الطريقة التي تحقق بها أهدافها. وإذا لم تتحقق الأهداف فما الأسباب التي حالت دون تحقيقها؟ ، عندها يجب أن تعيد المؤسسة النظر في الأهداف التي رسمتها، والطريقة التي يعمل بها الأفراد، فربما تفرض البيئة المحيطة بالمؤسسة عدداً من التحديات التي تحول دون وصولها للأهداف، أو قد تعاني المؤسسة من نقص معين في الكوادر الطبية، ولهذا يجب أن تكون عملية تقييم الخطة مستمرة لمتابعة أدائها.

البيئة التنظيمية والثقافة التنظيمية

يصف كلا التعبيرين الظروف الداخلية لمناخ العمل بالمؤسسة، حيث إن البيئة التنظيمية هي عبارة عن العوامل التي تؤثر سلبًا أو إيجاباً على سير العمل بالمؤسسة. وقد وضعت الجمعية الأمريكية لمرضي الرعاية الحرجة ست سمات تحقق بيئة عمل صحية للطاقم، والتي يجب أن توفرها المؤسسات (AACN, 2011) وهذه السمات هي:

- التعاون المستمر.
- التواصل الفعال.

- القرارات الفعالة.
- إدراك المشكلات.
- قيادة موثوق بها.
- طاقم عمل مناسب.

ويعد تقييم كفاءة طاقم المؤسسة أحد أساليب تعريف البيئة التنظيمية، حيث إنه إذا كان قادة المؤسسة مبتكرين ومتحمسين، فسيكون نمط عملهم مرتكزاً على كيفية الوصول إلى أهداف المؤسسة. وإذا كان القادة لديهم توجهات إنسانية ومهارات تواصل فعالة، فإن ذلك سينعكس على طريقة عمل المؤسسة، والتي ستستخدم علوم الموارد البشرية وحماية المرضى في القيام بعملها (Hersey, 2011).

أما الثقافة التنظيمية فهي عبارة عن الافتراضات والقيم التي يبنيها طاقم العمل في أثناء القيام بوظائفهم (Sullivan, 2013)، كما يمكن تعريفها على أنها قواعد اللعبة، مثلاً: ما الفترة المسموح بها للتأخر عن العمل ؟ ومتى يتم إعداد التقارير؟ وإلى من تسلم التقارير؟ ومن يفترض عليه ارتداء معطف المختبر؟

وتتغير الثقافة التنظيمية من مؤسسة إلى أخرى، بل وفي داخل المؤسسة توجد ثقافة فرعية وثقافة مضادة. وتعتبر الثقافة الفرعية هي الثقافة التي تحكم عمل الأفراد ذوي نفس الخلفية العملية، وعلى سبيل المثال فإن الممرضات العاملات في بيئة رعاية صحية واحدة لديهن نفس اللغة، ونفس الملابس، ونفس القواعد، والطقوس.

وتبنى الأنظمة القائمة على المشاركة الإدارية والمشاركة في الحكم بيئة عمل تكافئ طاقم العمل على الإبداع، والابتكار، والاستقلال (Kramer, Schmalenberg, and Maguire, 2010). وتعد المؤسسات التي تعزز من قدرة ممرضيها في اتخاذ القرارات هي التي تحقق إرضاء مرضاها بشكل أكثر من غيرها.

الخلاصة

- تشمل نظرية التنظيم الآتي: النظرية التقليدية ، والنظرية الإنسانية، ونظرية النظم، والنظرية الظرفية، ونظرية الفوضى، ونظرية التعقيد.

• تعمل المؤسسات كأنظمة اجتماعية، فيعمل تحت مظلتها عدد من الأفراد تحكمهم مجموعة من العلاقات الاجتماعية ويحاولون الوصول إلى أهداف معينة.

• تشمل الهياكل التنظيمية التقليدية الآتي: الهياكل الوظيفية، والمختلطة، والمتوازية، والمصفوفة.

• تنظم هياكل الخدمة الخطية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وفقاً لحالاتهم واحتياجاتهم الصحية.

• توفر نظم الإدارة بالمشاركة الإطار المناسب لتعزيز الممرضين وإشراكهم في اتخاذ القرارات

• تجمع مؤسسات الرعاية الضامنة مجموعات من مقدمي خدمات الرعاية الصحية، يقومون بخدمة مجموعة محددة من المرضى.

• يعد المنزل الطبي أحد أشكال نموذج الرعاية المركزة للمريض، وهو يجمع جميع موفري الخدمات الصحية الأولية المنزلية، وذلك بغرض توفير رعاية مستمرة، وشاملة وسهلة الوصول.

• تستخدم المؤسسات التخطيط الإستراتيجي لتحديد وتوجيه مواردها في تحقيق أهداف معينة

• تؤثر البيئة الثقافية والتنظيمية على ظروف العمل الداخلية للمؤسسة.

التقويم

١. ابحث عن الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسة التي تعمل بها، ثم حاول مقارنة هذا الهيكل بالواقع الفعلي للمؤسسة، هل يتماثل الواقع مع الهيكل، أم لا؟ وإذا لم يتماثل أعد رسم الهيكل التنظيمي بالطريقة التي تراها مناسبة.

٢. ما الهيكل التنظيمي الذي تفضله؟ حاول تحديد ما المؤسسات التي تعمل بالهيكل الذي اخترته.

٣. ما نظرية التنظيم التي تصف وضع المؤسسة التي تعمل بها؟ هل تعتقد أنَّ أعضاء إدارة المؤسسة التي تعمل بها يستخدمون نفس النظرية التي قمت باختيارها لوصف وضع المؤسسة؟ ولماذا؟

٤. هل شاركت من قبل في عملية تخطيط إستراتيجية؟ إذا كانت الإجابة بنعم فسّر ما حدث في أثناء التخطيط ، وكيف ترشد هذه الخطة المؤسسة في تحديد أهدافها؟

٥. قم بتقييم مناخ عمل المؤسسة التي تعمل بها مستخدماً المعايير الستة المحددة لبيئة العمل الصحيحة للمؤسسات. ما تقييمك؟ وما التغييرات التي تقترحها لتحسين بيئة المؤسسة؟

المراجع

American Association of Critical Care Nurses (AACN). (2011). *AACN standards for establishing and sustaining healthy work environments*. Retrieved May 5, 2011 from http://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWEStandards.pdf

Ansel, T. C., & Miller, D. W. (2010). *Reviewing the landscape and defining the core competencies needed for a successful accountable care organization*. Louisville, KY: Healthcare Strategy Group.

Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace empowerment and Magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(1), 55–62.

Ballard, N. (2010). Factors associated with success and breakdown of shared governance. *Journal of Nursing Administration, 40*(10), 411–416.

Berenson, R. A., Hammons, T., Gans, D. H., Zuckerman, S., Merrell, K., Underwood, W. S., & Williams, A. F. (2008). A house is not a home: Keeping patients at the center of practice redesign. *Health Affairs, 27*(5), 1219–1230.

Conway-Morana, P. L. (2009). Nursing strategy: What's your plan? *Nursing Management, 40*(3), 25–29.

Costello, D. (2008). Report from the field: A checkup for retail medicine. *Health Affairs, 27*(5), 1299–1303.

Gamble, K. H. (2009). Connecting the dots: Patient flow systems are being leveraged to increase throughput, improve communication, and provide a more complete view of care. *Healthcare Informatics, 25*(13), 27–29.

Handel, D. A., Hilton, J. A., Ward, M. J., Rabin, E., Zwemer, F. L., & Pines, J. M. (2010). Emergency department throughput, crowding, and financial outcomes for hospitals. *Academic Emergency Medicine, 17*(8), 840–847.

Hayes, H., Parchman, M. L., & Howard, R. (2011). A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN). *Journal of the American Board of Family Medicine, 24*(5), 576–582.

Hersey, P. H. (2011). *Management of organizational behavior* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hill, K. S. (2009). Service line structures: Where does this leave nursing? *Journal of Nursing Administration, 39*(4), 147–148.

Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Retrieved October 24, 2011 from http://www.iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-Quality-Chasm-A-New-Health-System-for-the-21st-Century.aspx

Joint Commission (2011). Edition standards. Retrieved May 12, 2011 from http://www.jcrinc.com/E-dition-Home/Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: Issues and observations. *International Journal of Quality in Health Care, 21*(5), 341–347.

Kalisch, B. J., and Curley, M. (2008). Transforming a nursing organization. *Journal of Nursing Administration, 38*(2), 76–83.

Kaplow, R., & Reed, K. D. (2008). The AACN synergy model for patient care: A nursing model as a force of magnetism. *Nursing Economics, 26*(1), 17–25.

Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2010). Nine structures and leadership practices essential for a magnetic (healthy) work environment. *Nursing Administration Quarterly, 34*(1), 4–17.

Lavoie-Tremblay, M., Bonin, J. P., Lesage, A. D., Bonneville-Roussy, A., Lavigne, G. L., & Laroche, D. (2010). Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *The Health Care Manager, 29*(4), 293–304.

McDowell, J. B., Williams, R. L., Kautz, D. D., Madden, P., Heilig, A., & Thompson, A. (2010). Shared Governance: 10 years later. *Nursing Management, 41*(7), 32–37.

Moore, S. C., & Wells, N. J. (2010). Staff nurses lead the way for improvement to shared governance structure. *Journal of Nursing Administration, 40*(11), 477–482.

Naylor, M. D., Kurtzman, E. T., & Pauly, M. V. (2009). Transitions of elders between long-term care and hospitals. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 10*(3), 187–194.

Nugent, M., Nolan, K. C., Brown, F., & Rogers, S. (2008, May 1). Seamless service line management: Service line organization is as important as market strategy if providers are to optimize their limited capital investment pool. *Healthcare Financial Management*. Retrieved May 3, 2011 from http://www.hfma.org/Templates/InteriorMaster.aspx?id=1523

Page, L. (2010). Challenges facing 10 hospital service-lines. Retrieved May 3, 2011 from www.beckershospitalreview.com/news-analysis/challenges-facing-10-hospital-service-lines.html

Rohrer, J. E., Angstman, K. B., & Furst, J. W. (2009). Impact of retail walk-in care on early return visits by adult primary care patients: Evaluation via triangulation. *Quality Management in Health Care, 18*(1), 19–24.

Ryvicker, M. (2009). Preservation of self in the nursing home: Contradictory practices within two models of care. *Journal of Aging Studies, 23*(1), 12–23.

Schaffner, J. (2009). Roadmap for success: The 10-step nursing strategic plan. *Journal of Nursing Administration, 39*(4), 152–155.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Weaver, F. M., Hickey, E. C., Hughes, S. L., Parker, V., Fortunato, D., Rose, J., Cohen, S., Robbins, L., Orr, W., Priefer, B., Wieland, D., & Baskins, J. (2008). Providing all-inclusive care for frail elderly veterans: Evaluation of three models of care. *Journal of the American Geriatric Society, 56*(2), 345–353.

Zarubi, K. L., Reiley, P. & McCarter, B. (2008). Putting patients and families at the center of care. *Journal of Nursing Administration, 38*(6), 275–281.

الفصل الثالث

تقديم الرعاية التمريضية

نماذج الرعاية التقليدية:

- التمريض الوظيفي
- فريق التمريض
- الرعاية الكاملة للمريض
- التمريض الأولي

نماذج الرعاية المتكاملة:

- شراكة الممارسة
- إدارة الحالة
- المسارات الحرجة
- الممارسة المتباينة

نماذج الرعاية الحديثة:

- نموذج الرعاية المركزة للمريض
- نموذج الرعاية التآزرية
- الأنظمة الإكلينيكية المصغرة
- نموذج الرعاية المزمنة

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي:

١ - التعرف على نظم تقديم الرعاية التمريضية.
٢ - تحديد الجوانب السلبية والإيجابية لكل نظام.
٣- تعريف الأنواع المتطورة لأنظمة تقديم الرعاية الصحية.
٤ - توضيح خصائص أنظمة تقديم الخدمات الصحية.

تعتمد مؤسسات الرعاية الصحية في عملها على توفير خدمات التمريض للمرضى. وتهدف المؤسسات إلى بناء هيكل يمكّن الممرضين من تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى بكفاءة . وتشمل عملية تقديم خدمات الرعاية التمريضية الخطوات الآتية: تحديد الاحتياجات الصحية للمريض، وبناء خطة رعاية مناسبة للمريض، وتقييم مدى استجابة المريض للعلاج والرعاية التي يتلقاها. ويوضح هذا الفصل كيفية تقديم خدمات رعاية صحية ذات جودة مرتفعة وبتكاليف معقولة.

شهدت أنظمة تقديم خدمات الرعاية التمريضية كثيرًا من التطورات المختلفة والمستمرة منذ الحرب العالمية الثانية (انظر الصندوق ٣-١)، فظهرت العديد من الأنظمة، وثار كثير من الجدل حولها واختلفت طريقة تعريف كل منها للطريقة المثلى التي يتم بها مساعدة المرضى باختلاف احتياجاتهم الصحية، كما اختلفت آليات أنظمة الرعاية التمريضية الهادفة إلى تمكين الممرضين وتحسين معارفهم ومهاراتهم. وبحث العديد في أنظمة تقديم خدمات الرعاية التمريضية، فأثبت البعض أن مناخ العمل المناسب للممرضين يحتوي على شقين هما: مدى رضا الممرضين عن عملهم (Spence-Laschinger, 2008) ومساهمتهم في تقليل نسب الوفيات بالمؤسسة التي يعملون بها (Aiken *et al.*, 2008).

نماذج الرعاية التقليدية

التمريض الوظيفي (Functional Nursing)

يُعرف أيضًا بتمريض المهام (task nursing). وقد بدأ هذا النوع من التمريض بمنتصف الأربعينيات استجابة لانخفاض أعداد الممرضين على المستوى القومي في ذلك الوقت (انظر الشكل ٣-١). فقد استنفذت القوات المسلحة أعداد الممرضين المسجلين بالمستشفيات والمنازل، وذلك خلال الحرب العالمية الثانية، وأدى هذا النقص إلى إعادة تشكيل هيكل طاقم التمريض بالمستشفيات، فتم استبدال الممرضين المسجلين (registered nurses) ليحل محلهم طاقم عمل آخر

مكون من أفراد مرخص لهم بممارسة مهام التمريض (Licensed practical nurses) ومساعدين غير مرخصين (Unlicensed assistive personnel).

وقد تم تقسيم احتياجات المرضى الصحية لعدد من المهام توكَل لطاقم التمريض المختلط (الممرضون المسجلون، والأفراد المرخص لهم بممارسة مهام التمريض، والمساعدون). وتحصل كل فئة من الممرضين على المهام المناسبة لمهارات ومعلومات كل منهم، فيقوم الممرضون المرخصون بمساعدة المرضى وتقييم حالاتهم الصحية بينما يقوم الآخرون بمراقبة الحالة الصحية للمرضى، والإشراف على الأدوية، وإعداد الأسرة، واستحمام المرضى، وبهذا يقدم الطاقم خدمات صحية مرتفعة الكفاءة والفاعلية، لأن كل فئة قد حصلت على المهام التي تناسب مهاراتها ومؤهلها.

الصندوق (٣-١) التوصيف الوظيفي لممرض الطابق (١٨٨٧)

تم نشر هذا التوصيف عام ١٨٨٧ ونشر في مجلة مستشفى كليفلاند لوثيران.

تضاف هذه المهام لعمل الممرض التقليدي، وهي:

١-الكنس والمسح اليومي للدور، وإزالة الأتربة عن النوافذ والأثاث.

٢-الحفاظ على درجة حرارة ثابتة للدور عن طريق إحضار الفحم يومياً.

٣-بما أنَّ الإنارة إحدى أهم وسائل مراقبة حالة المرضى، فإن على الممرض تجهيز مصابيح الكيروسين، وتنظيف المداخن، ومسح النوافذ مرة بالأسبوع على الأقل.

٤-بما أنَّ الملاحظات التي يدونها الممرض عن حالة المرضى تعد إحدى وسائل مساعدة الأطباء، فعلى الممرض أن يهذب أقلامه ويُحَضِرها.

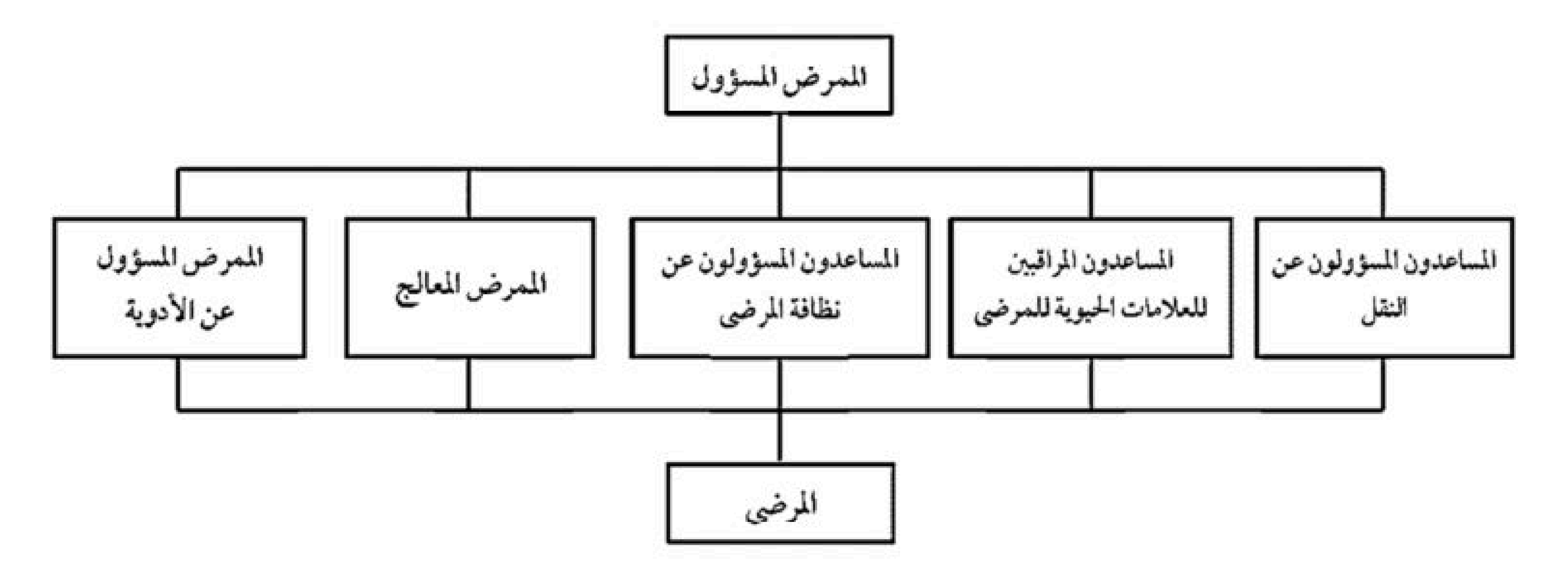
٥-تمدد مواعيد العمل اليومية من الساعة السابعة صباحًا إلى الساعة الثامنة مساءً عدا يوم السبت، حيث يحصل الممرض على راحة خلال الفترة من ١٢ ظهرًا إلى ٢ مساءً.

٦-يحصل الممرض المداوم على الذهاب للكنيسة على راحة في الفترة المسائية مرة في الأسبوع أو مرتين.

٧-على كل ممرض كبير في السن أن يبقي جزءاً من مرتبه جانبًا حتى لا يصبح عبئًا. مثلاً إذا كان المرتب ٣٠ دولارًا فعلى الممرض أن يبقي ١٥ دولاراً جانباً.

٨-أي ممرض يقوم بالتدخين، أو شرب الكحول، أو التردد على حانات الرقص، أو الذهاب إلى مزين الشعر (بالنسبة للسيدات) سيتم إعادة النظر في نزاهته، والجدوى من تواجده.

٩-الممرضون الذين أُثبِتت جدارتهم في رعاية المرضى ومساعدة الأطباء بإخلاص وبدون أية أخطاء لمدة خمس سنوات سوف يتم زيادة مرتبهم خمسة سنتات يوميًا.



الشكل (٣-١) التمريض الوظيفي

أما سلبيات التمريض الوظيفي فتتمثل في:

- عدم استمرارية المهام الموكلة.
- عدم تفهم المرضى.
- مشكلات متابعة الأداء.

ولهذه المشكلات فإن التمريض الوظيفي يندر في الأغلب العمل به في مؤسسات الرعاية الحرجة، ومؤسسات الرعاية طويلة الأجل.

فريق التمريض (Nursing Team)

يعد تطويرًا لنظام التمريض الوظيفي (انظر الشكل ٣-٢) وقد عُمِل به خلال الفترة من منتصف إلى أواخر الأربعينيات. وفقًا لهذا النظام توكَل مهمة رعاية مجموعة معينة من المرضى إلى فريق تمريض محدد. وقد يتحمل فريق التمريض مسؤولية رعاية عدد من المرضى ذوي الحالات المرضية المختلفة، وفي أحيان أخرى قد يتم تجميع المرضى ذوي الحالة الواحدة.

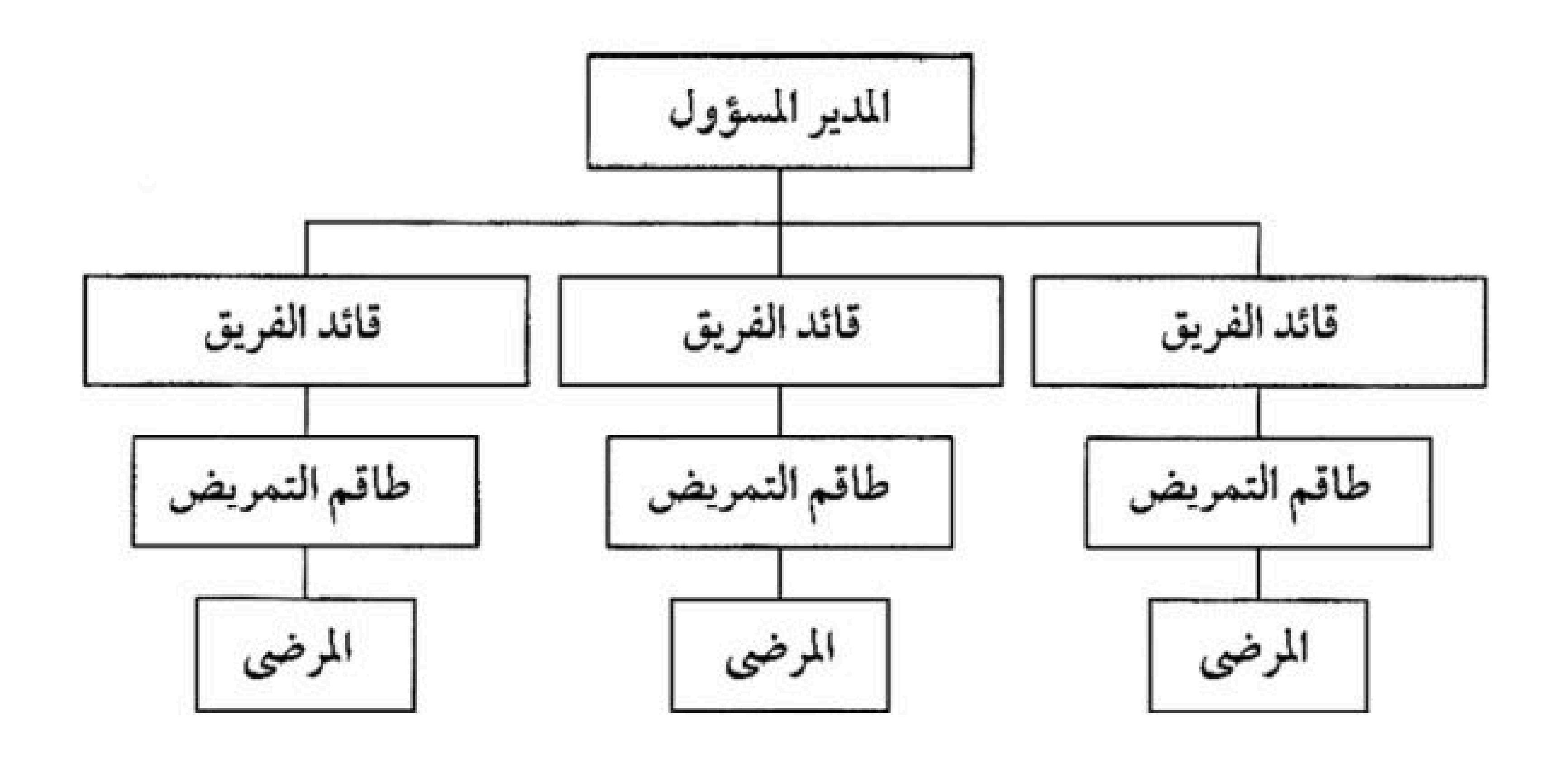
ويختلف حجم الفريق وفقًا لحجم الوحدة التي يعملون فيها، والحالة الصحية للمرضى، والمهارات التي يتمتع بها أعضاء الفريق. ويتولى الممرض المرخص قيادة الفريق. وقد يشمل الفريق كلاً من الممرضين المسجلين، والأفراد المرخص لهم بممارسة مهام التمريض، والمساعدين. ويتلقى أعضاء الفريق الأوامر من قائد الفريق. فيعمل الفريق كوحدة واحدة شاملة لكل الاحتياجات الطبية المختلفة للمرضى.

ويعتني قائد الفريق بطريقة غير مباشرة بالمرضى حيث يقوم بالآتي:

• بناء وتحسين خطط الرعاية التمريضية.
• حل المشكلات التي تحدث بين أعضاء الفريق.
• إجراء المؤتمرات لمناقشة أمور الرعاية التمريضية.
• التواصل مع الأطباء ومسؤولي الرعاية الصحية.

ويقوم مدير وحدة التمريض بالآتي: التواصل مع قادة الفرق الأخرى ، ومراقبة أداء الفرق، والقيام بجولات صحية مع الأطباء. وتعد مهارات التواصل الجيدة من أهم متطلبات تحقيق فاعلية هذا النظام، كما يجب أن ينظم قائد الفريق مؤتمرات دورية لمناقشة مستجدات الرعاية التمريضية، ومراجعة الخطط التمريضية، ومتابعة حالة كل مريض .

ومن مميزات هذا النظام الآتي:



الشكل (٣-٢) المدير المسؤول

• يوحد النظام مهام الأفراد المرخص لهم بممارسة مهام التمريض والمساعدين (مثل إعداد الأسرة، ونقل المرضى، وجمع المعلومات) بحيث يقتصر عملهم على المهمات التي لا تحتاج إلى خبرة أو مهارات مثل التي يملكها الممرضون المسجلون.

• يسمح النظام بتوكيل أكثر من عضو برعاية مريض ما إذا احتاج الأمر.

• تساعد الحدود الجغرافية التي يتولاها فريق التمريض في الحفاظ على الوقت والمسافة التي يقطعها الممرض للوصول إلى المرضى.

عيوب نظام فرق التمريض:

• يهدر قائد الفريق الكثير من الوقت للتواصل مع الأعضاء، والمراقبة والتنسيق بينهم.

• تتغير مهام الرعاية باستمرار مع تغير أعضاء الفريق، أو القائد، أو الحالات المرضية التي يتولاها الفريق.

• لا يتولى فرد واحد مهمة رعاية كافة المرضى.

• قد تختلط الأدوار بين أعضاء الفريق والقائد، وذلك في أثناء تولي الأعضاء مهمة القيام ببعض الأعمال الورقية.

• في بعض الأحيان قد تقلل الحدود الجغرافية للوحدات من قدرة الممرض لمتابعة حالته والسيطرة على مهمته.

• قد توزع المهام بطريقة غير عادلة، وذلك عند توزيع المهام وفقًا للحالة الصحية للمريض، أيضًا قد تكون المهام رتيبة إلى حد ما إذا تم تقسيمها بنفس الطريقة مرارًا وتكرارًا على أعضاء الفريق.

يجب أن يحوز قائد الفريق على مهارات الاتصال، والتفويض، وحل المشكلات حتى يتسنى له أداء عمله بفاعلية وكفاءة. ويجب إجراء اتصالات دورية بين القائد ومدير وحدة التمريض وذلك لتجنب الازدواجية في أداء الأعمال، وتجاوز التفويضات، وللمنافسة. وتعد مشكلات التواصل والتفويض هي السبب الرئيس في التقليل من فاعلية نظام فرق التمريض.

الرعاية الكاملة للمريض (Total Patient Care)

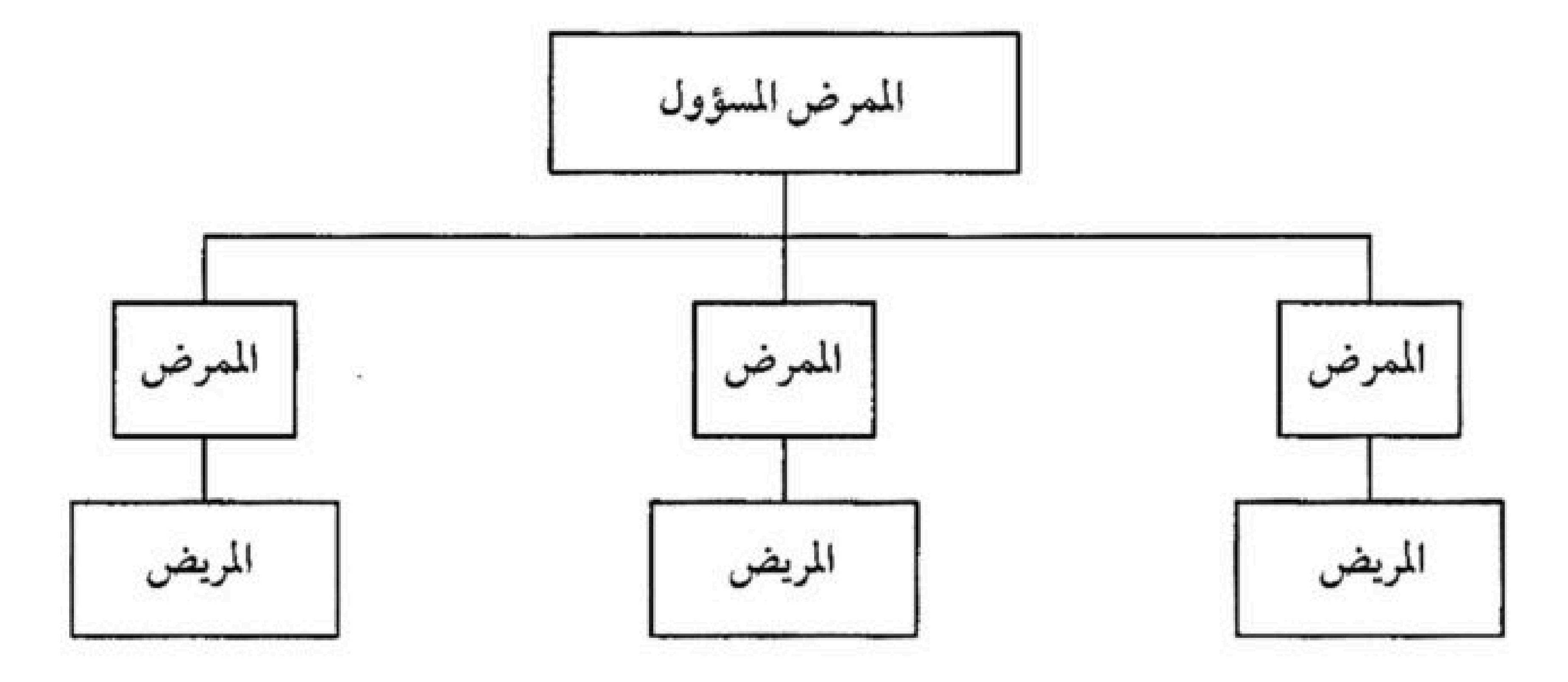
كان هذا النظام هو النموذج الأصلي والرئيس لتوصيل خدمات الرعاية التمريضية للمرضى خلال فترة العشرينيات(انظر الشكل ٣-٣)، حيث كان الممرضون المسجلون هم المسؤولون عن تقديم كافة الخدمات التمريضية والصحية لمريض، أو لمجموعة من المرضى. وكان من المعتاد إقامة طلبة التمريض في المستشفيات لتقديم خدمات الرعاية للمرضى، بينما كان الممرضون المسجلون يقدمون خدمات الرعاية الكاملة للمرضى بمنازلهم. وفي ظل نظام الرعاية الكاملة للمرضى يتعامل

الممرضون المسجلون مع المرضى وعائلاتهم ، والأطباء، وباقي طاقم عمل الرعاية الطبية لتطبيق خطط الرعاية الصحية.

ووفقًا لهذا النظام يتولى ممرض واحد ذو خبرة كافة خدمات الرعاية الصحية الخاصة بمريض أو مجموعة من المرضى، ويطبق نظام الرعاية الكاملة للمرضى في الأقسام التي تحتاج إلى درجة عالية من الخبرات التمريضية كوحدات الرعاية الحرجة.

ومن مزايا نظام الرعاية الكاملة للمرضى الآتي:

- تقديم خدمات رعاية صحية مستمرة، وشاملة، وممتازة.
- مسؤولية الممرض الكاملة في رعاية الحالات المرضية الموكلة إليه.
- استمرارية التواصل مع المريض وعائلته، والأطباء، وباقي العاملين بالأقسام.



الشكل (٣-٣) الممرض المسؤول

ومن عيوب هذا النظام، قيام الممرضين المسجلين بأعمال مستهلكة للوقت ولا تتناسب مع مهاراتهم بينما يمكن أن يقوم بها طاقم أقل خبرة في مجال التمريض.

التمريض الأولي Primary Nursing

وضعت ماري مانثي (Marie Manthey) مبادئ هذا النظام في الستينيات بعد تطبيق نظام فِرَق التمريض طوال عقدين من الزمان، وهدفت بهذا النظام إلى أن تعيد الممرضين المسجلين للعمل مرة أخرى بجوار المرضى (Manthey، 1980). وتعد اللامركزية في اتخاذ القرارات بين أعضاء طاقم

التمريض هي البنية الأساسية لنظام التمريض الأولي، حيث توزع المسؤولية والسلطة بالتساوي على الممرضين. ويعتمد نظام التمريض الأولى على مبدأ ضرورة توافر المعرفة والخبرة لتقديم خدمات الرعاية التمريضية على أكمل وجه. ولا ينبغي تركيز اهتمام الممرضين على نشاط أو مهمة يمكن للأقل منه في العلم القيام بها.

ويقدم الممرضون المسجلون الخدمات للمرضى، حيث يقوم الممرض الأولي (primary nurse) بتصميم وتطبيق وتقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى طوال فترة إقامتهم في الوحدة. ويقوم الممرض الأولى بتقديم خدمات الرعاية الأساسية للمرضى تعاونًا مع باقي الممرضين المسجلين.

وقد حسن نظام التمريض الأولي من الممارسة المهنية للممرضين حيث إنه تمكن من توفير الآتي:

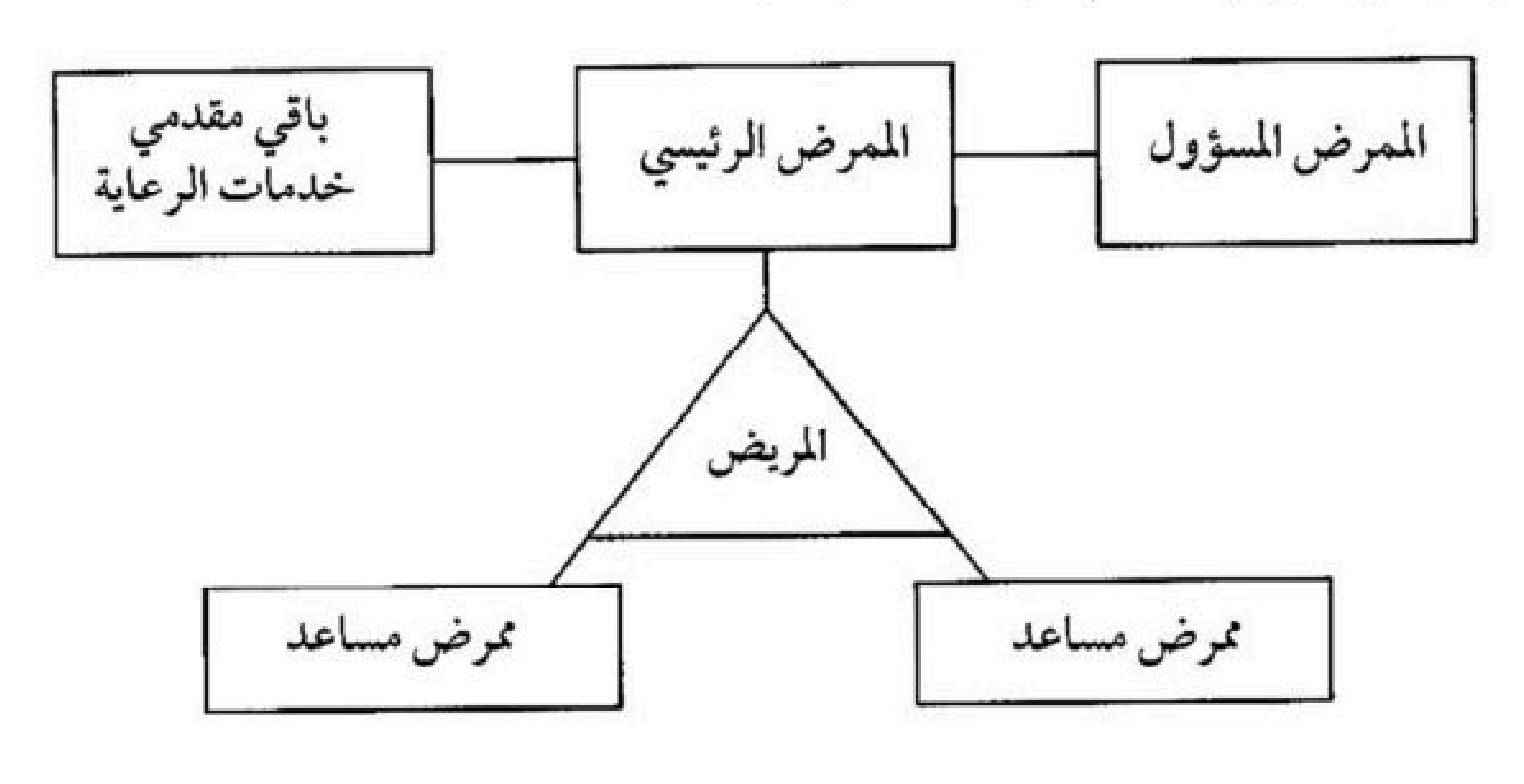
- نموذج ممارسة مبني على المعرفة.
- لامركزية اتخاذ قرارات الرعاية الصحية، ولامركزية السلطة، ولامركزية المسؤولية.
- تولي ممرض واحد مسؤوليات الرعاية الصحية طوال الأربع والعشرين ساعة.
- التنسيق في تقديم خدمات الرعاية الصحية.
- زيادة إرضاء الممرض والمرضى والأطباء.

أما عيوب هذا النظام، فهي كالتالي:

- يتطلب مهارات اتصال ممتازة بين الممرض الرئيس والممرضين المساعدين.
- يجب أن يكون لدى الممرضين الرئيسين القدرة على حمل المساعدين على القيام بمهام الرعاية التمريضية كما ينبغي.
- قد يشرف على المريض الواحد أكثر من ممرض رئيس، وذلك في حالة تنقله من قسم إلى آخر، مما يهدد من كفاءة هذا النظام.
- لا يتم تعويض فريق التمريض مادياً أو قانونياً إذا قاموا بتقديم خدمات خارج نطاق عملهم.
- قد لا يرغب المساعدون في الحصول على التعليمات من الممرض الرئيس.

بالرغم من أن مبدأ تحمل المسؤولية على مدار الأربع والعشرين ساعة يحقق فاعلية نظام التمريض الأولي إلا أنها تعد جناية في حق الممرضين، كما ويعتمد النظام كلياً على الممرضين المسجلين

للقيام بمهمات الرعاية. وهذا الأمر أثبت عدم فاعليته بسبب ارتفاع التكاليف، وعليه فقد تخلت عدد من المستشفيات عن هذا النظام، وتمكنت بعض المستشفيات من تحقيق نجاح باهر في تطبيق نظام الرعاية الأولي، وذلك عن طريق تقسيم الأعمال، حيث يتولى أحد المرضين مهمة رعاية المريض، ويتولى آخر مسؤولية التواصل بين أهل المريض والطبيب، بينما يتولى المساعدون مهمة مساندة الممرض الرئيس في تقديم الرعاية للمريض.



الشكل (٣-٤) التمريض الأولي

نماذج الرعاية المتكاملة

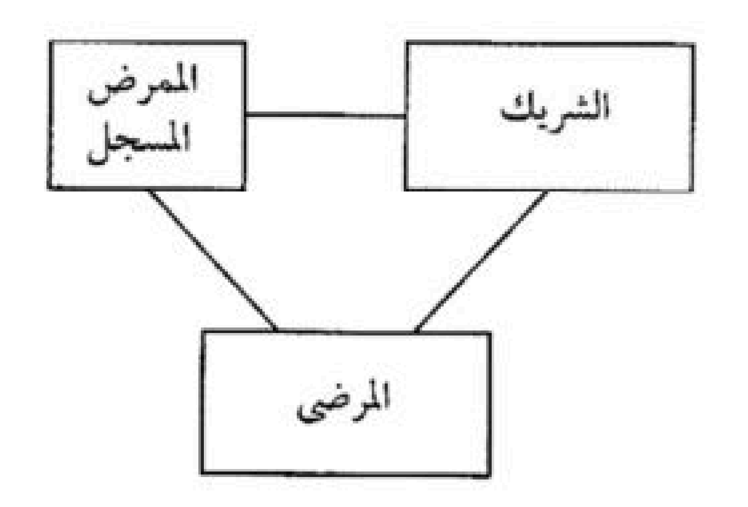
شراكة الممارسة (Practice Partnerships)

نشأ نموذج شراكة الممارسة على يد ماري مانثي في عام ١٩٨٩ (Manthey, 1989)

ووفقًا لهذا النموذج يتشارك الممرض المسجل مع مساعديه- كالأفراد المرخص لهم بممارسة مهام التمريض، والمساعدون غير المرخصين، والممرضون المسجلون من صغار السن - في الممارسات الصحية، حيث تتولى المجموعة رعاية عدد معين من المرضى في إطار جدول زمني محدد، بينما يقوم الممرض المساعد بالإشراف على عمل المساعدين وتوجيههم وفقًا لحدود خبرات كل منهم ،ووفقًا لقانون التمريض الذي يضبط إطار عمل كل فئة منهم (انظر الشكل ٣-٥).

وتصمم العلاقة بين الشركاء والممرضين المسجلين ومساعديهم بالشكل الذي يخلق روح التآزر والتعاون، فيعملون كفرقة متناغمة بعضهم مع البعض لرعاية المرضى. ويقوم الممرضون المساعدون، والممرضون ذوو الخبرة بتولي مهام الحالات الصحية المهمة والصعبة، بينما يفوضون

المساعدين، والممرضين الذين هم أصغر سنًا وأقل مهارة للقيام بالأعمال التي تتطلب مهارات قليلة. ويقدم نموذج شراكة الممارسة خدمات رعاية صحية أكثر جودة واستمرارية من تلك التي يقدمها نموذج فريق التمريض، كما يعد نموذج مشاركة الممارسة أقل تكلفة وأكثر إرضاءً للممرضين من نموذج الرعاية الكاملة للمريض أو التمريض الأولي.



الشكل (٣-٥) مشاركة الممارسة

عيوب هذا النموذج:

- في كثير من الأحيان تقوم المؤسسات الصحية بزيادة عدد الأفراد المرخص لهم بممارسة مهام التمريض والمساعدين غير المرخصين وتقل من طاقم الممرضين المحترفين.
- عدم قدرة الممرضين صغار السن على تولي أكثر من وظيفة.

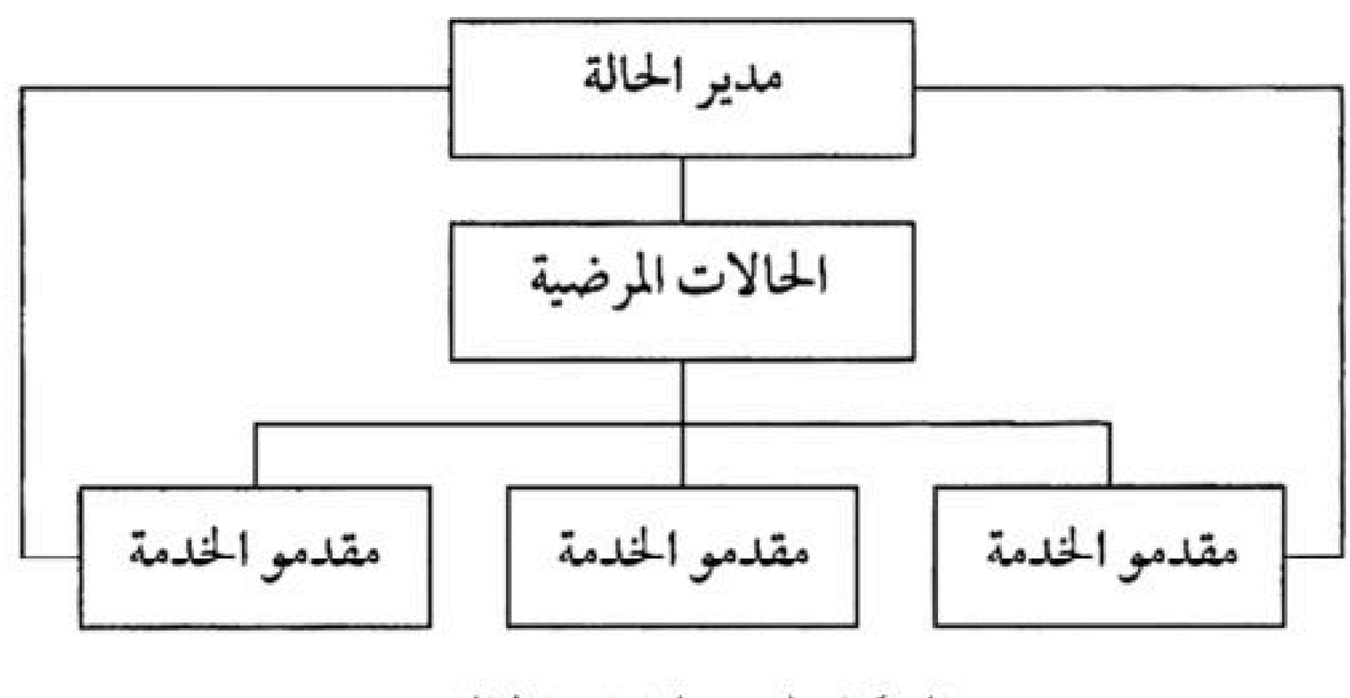
يمكن تطبيق نموذج مشاركة الممارسة على نظام التمريض الأولي، كما يمكن تطبيقه على باقي أنظمة تقديم خدمات الرعاية الصحية، كفريق التمريض، والرعاية الكاملة للمريض، كما يوفر نموذج مشاركة الممارسة طريقة فعالة لتبادل الخبرات والمهارات بين الممرضين على اختلاف مستوياتهم.

إدارة الحالة (Case Management)

تم استخدام مبدأ إدارة الحالة منذ عقود في مجال الطب النفسي، ثم تم تبني العمل به في أقسام الرعاية الحرجة للمرضى. ويقدم النموذج أداة لتعريف وتنسيق ومراقبة خدمة الرعاية الصحية وأثر هذه الخدمات على المريض. وغالباً ما يعمل هذا النموذج وفق إطار زمني معين لتقديم الخدمات (انظر الشكل ٣-٦). ويعمل هذا النموذج عن طريق تقسيم المرضى إلى مجموعات وفقاً للحالة التشخيصية (الحالة المرضية) الخاصة بهم، ثم يتم وضع عدد من الأهداف تحت إطار زمني معين.

وتتطلب إدارة الحالة الآتي:

- •تعاون كل أعضاء طاقم الرعاية الصحية
- •تحديد أهداف تقديم الرعاية الصحية للمريض وفقًا لإطار زمني معين.
- •استخدام مبادئ تحسين الجودة المستمر (continuous quality improvement) وتحليل التباين.
- •تعزيز الممارسات الصحية المحترفة.



الشكل (٣-٦) إدارة الحالة

وغالباً ما يتولى مدير الحالة التمريضية (Nursing case manager) متابعة التقدم الصحي لمجموعة من مرضى الرعاية الحرجة – مثلاً من عشرة مرضى إلى خمسة عشر مريضًا – منذ دخولهم المستشفى إلى وقت رحيلهم، ثم يقيس مدى بُعد النتائج المتحققة من الرعاية الصحية المقدمة للمرضى عن الأهداف الموضوعة مسبقًا. وقد يتواصل وينسق ويبحث عدداً من الممرضين مديرو الحالة لحل المشكلات الصحية بعضهم مع البعض. وغالباً ما يكون مديرو الحالة على درجة عالية من الخبرة العملية والمهنية.

وبعد أن يتم تحديد مجموعات المرضى التي ستتلقى الرعاية، يتم تحديد فريق العمل المسؤول عنهم بحيث يشمل عدداً من الخبراء في مجال الطب والتمريض، حيث يقوم الفريق بوضع خطة لتلقي علاج المرضى ونتائج تلقيهم للرعاية الصحية. ويتدخل كل عضو في الفريق في عملية رعاية المرضى وفقًا للأهداف الصحية والوقت الذين تم تحديدهم مسبقًا.

وغالباً ما يقوم نموذج إدارة الحالة بتجميع الحالات المرضية ذات الدرجة العالية من الخطورة أو التكلفة، والمحتاجة لرعاية كبيرة ، مثل حالة تتطلب استبدالاً لعظم الفخذ بقسم العظام

في مجموعات واحدة. وقد يتم تجميع الحالات الخطرة، والتي تحتاج للبقاء في قسم الرعاية الحرجة لمدة يومين أو أكثر، والتي تحتاج إلى أجهزة التنفس الصناعي، وأيضًا قد يتم تجميع الحالات التي يتولى رعايتها طبيب معين.

ويجب أن يتم تجميع البيانات الطبية للمرضى وتحليلها قبل تقسيمهم لمجموعات علاجية وهو ما يساهم في تحديد الكيفية التي يتم بها قياس كفاءة إدارة الحالة. وهذه البيانات قد تكون: فترة إقامة، أو تكلفة الرعاية ، أو تعقيدات صحية للمرضى.

ويجب توافر خمسة شروط لنجاح نموذج تطبيق إدارة الحالة هي :

- الدعم المتبادل بين أعضاء طاقم عمل المؤسسة من أطباء وممرضين ومديرين.
- مدير حالة متمرس.
- فرق متعاونة.
- نظام إداري ذو جودة عالية.
- بناء مسارات حرجة (انظر الجزء القادم).

ويجب الإشارة إلى إن جميع أعضاء الفريق يتحملون نفس الدرجة من المسؤولية، أي لا يتدخل أحد الأعضاء في ممارسة عضو آخر؛ فكل الفريق يعمل بشكل متعاون حول وضع المسارات الحرجة، والاتفاق على الأهداف التي ينبغي تحقيقها. وينبغي التأكيد على أهمية وضع أهداف معينة يتفق حولها الأطباء والممرضين، هذا بالإضافة إلى تحديد وسائل قياس مناسبة يمكن من خلالها التعرف على نسبة تحقق الأهداف الموضوعة مسبقًا.

المسارات الحرجة (Critical Pathways)

يعتمد نموذج إدارة الحالة الناجح على المسارات الحرجة التي ترشد إلى طريق الوصول للأهداف، كما ويطلق أيضًا على المسارات الحرجة اسم خريطة الرعاية، وهي عبارة عن أهداف وإستراتيجيات الرعاية التي يتفق فريق العمل على تحقيقها. ومثلها مثل نموذج إدارة الحالة، حيث يجب وضع الأهداف بطريقة توافقية بين أعضاء الفريق، كما يجب تطوير وسائل لقياس النتائج.

وتوفر المسارات الحرجة طريقة إرشادية لإدارة خدمات الرعاية المقدمة لمريض معين خلال فترة زمنية معينة. وتصمم المسارات الحرجة بطريقة تتناسب مع خصائص كل مريض وحالته الصحية، حيث تستخدم الموارد المناسبة لكل حالة صحية معينة وهو ما يقلل من التكلفة، ومن فترة إقامة المريض بالمؤسسة.

وترشد المسارات الحرجة طاقم العمل للأهداف التي يجب تحقيقها يومياً من أجل تحسين الحالة الصحية لمريض ما، وإذا لم تتحقق الأهداف فإن مدير الحالة يقوم بتحليل الموقف، وتحديد كيفية تعديل المسار الحرج من أجل تحقيق الأهداف المرجوة.

ويجب أن يتابع مدير الحالة الإطارات الزمنية المتغيرة والتباينات المختلفة. وبعد فترة من متابعة التباينات والتغييرات سيحاول فريق العمل تحليلها، ومعرفة اتجاهاتها، والاتفاق حول كيفية إدارتها. وقد يحتاج فريق العمل إلى مراجعة المسارات الحرجة، أو إضافة بيانات جديدة لتغيير هذه المسارات.

وتشمل المسارات الحرجة بيانات عن التشخيص الطبي للمريض، وفترة الإقامة، والبيانات التعريفية للمريض، وجدول المتابعة الطبية، والأهداف التي يجب الوصول إليها. ويجب أن يوضح الغرض من التدخلات العلاجية وفقًا لطبيعتها سواء كانت تدخلات لأغراض طبية، أو لأغراض تمريضية. ويجب أن تحتوي المسارات الحرجة على طريقة لتعريف التباينات بسهولة، وقياس مدى البعد أو القرب من الأهداف الطبية الموضوعة مسبقًا.

الممارسة المتباينة (Differentiated Practice)

هي إحدى الطرق التي تعزز من الموارد التمريضية، وذلك عن طريق التركيز على أدوار ومهام الممرضين بناء على مستوى تعليمهم، وخبراتهم، وكفاءتهم. وتهدف الممارسة المتباينة إلى تحديد المستويات المختلفة للممرضين وفقًا لقدراتهم في أداء وظائفهم، وحسب التوصيف الوظيفي الخاص لكل منهم.

وبما أن مسؤوليات الممرضين المسجلين (الحاصلين على شهادات جامعية ودرجة بكالوريوس) تختلف باختلاف الكفاءة و التدريب والدرجة الجامعية التي حصل عليه الممرض، وأيضًا تختلف المسؤوليات حسب تفضيلات الممرض وخبراته. ويتم تصميم المسؤوليات

والممارسات التمريضية على شكل مستويات متخصصة لكل مستوى من الخبرة والتعليم والكفاءة. وتقوم بعض المؤسسات بتصميم المهام والأدوار والمسؤوليات بشكل خاص لمرضيها.

نماذج الرعاية الحديثة

مع تزايد الرغبة في تحسين مجال الرعاية الصحية، قامت مؤسسة روبرت وود جونسون ومعهد تطوير الرعاية الصحية بتأسيس برنامج تحت عنوان تحويل الرعاية إلى أسرَّة المرضى (IHI, 2009)(Transforming Care at the Bedside)، ويتمثل هدف هذا البرنامج في وضع خطوات تساعد المستشفيات في تحسين خدمات الرعاية التي تقدمها(Lavizzo-Mourey & Berwick, 2009). ويعد نموذج الرعاية المركزة للمريض (patient-centered care) من أهم النماذج التي احتواها هذا البرنامج.

نموذج الرعاية المركزة للمريض (patient-centered care)

يعد أحد نماذج تقديم خدمات الرعاية التمريضية، والذي يتسع فيه دور الممرض ليشمل مهام تأسيس وتنسيق فريق متعدد المهام يعمل بالوحدات المختلفة لخدمات الرعاية الصحية. ووفقًا لهذا النموذج تُقسم خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمريض إلى وحدات: وحدة استقبال المريض وترحيله، ووحدة خدمات التشخيص والعلاج، ووحدة خدمات الدعم، ووحدة خدمات التغذية، ووحدة التقارير الطبية. ويعمل النموذج على أسس اللامركزية، والكفاءة، والجودة، وتقليص التكاليف.

ووفقًا لهذا النموذج، يقل عدد مقدمي خدمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن مسؤوليتهم التي تزداد ولهذا ينخفض وقت توفير الخدمة ووقت الانتظار. ويتكون فريق الرعاية المركزة من:

- منسقون (الممرضون المسجلون).
- مساعدون أو تقنيون قادرون على تقديم خدمات الرعاية للمرضى.
- مساعدون يقدمون خدمات النظافة والحفاظ على البيئة.
- إداريون يتولون مهام توصيف الأوامر، وكتابة التقارير الصحية، والتنسيق، والمساعدة في الأمور الإدارية.

وقد أكدت الأدبيات المختلفة على نجاح هذا النموذج في التطبيق العملي(Miles & Vallish, 2010 Schneider & Fake, 2010) حيث قل عدد الوفيات بين مرضى القلب (Meterko *et al.*, 2010). ويطبق نموذج الرعاية المركزة للمريض على الحالات المرضية الحرجة والصعبة (Maizes, Rakel and Niemiec, 2009).

وتتطلب مسؤوليات الممرض المدير وقتاً طويلاً لتنفذ بشكل ذي كفاءة، حيث لا يقوم المدير فقط بمتابعة المرضى وعمل الممرضين فحسب بل أيضًا يكون مسؤولاً عن فريق كامل مكون من أعضاء ذوي خلفيات وتخصصات مختلفة. أيضًا يحتوي الفريق على عدد منخفض من الممرضين المسجلين والمتخصصين مشكلاً عبئًا على كاهل المدير لتدريب وتعيين وتحفيز طاقم العمل على أكمل وجه. وأحياناً تسمح المؤسسات بتنقل الطاقم المساعد من وحدة إلى أخرى مما يتطلب من المديرين أن يحوزوا مهارات اتصال وتعاون عالية.

نموذج الرعاية التآزرية (Synergy Model of Care)

أُنشِئ هذا النموذج على يد المؤسسة الأمريكية لمرضي الرعاية الحرجة، ويهدف إلى تصميم مهام التمريض بناء على احتياجات وخصائص كل مريض (AACN, 2011).وتشمل خصائص المريض ما يلي :

- الاستقرار.
- التعقيد.
- توفر الموارد.
- المشاركة في الرعاية.
- التنبؤ.
- المشاركة في اتخاذ القرار.
- المرونة.

ثم يتم التنسيق بين هذه الخصائص وبين مهارات الممرض والتي تشمل الآتي:

- الحكم الإكلينيكي.

- الأخلاقيات.
- التعاون.
- أعمال الرعاية الصحية.
- التفكير المنظم.
- الاستجابة للتنوع.
- سهولة التعلم.

التحليل الإكلينيكي (AACN, 2011)

ويتحقق التآزر عندما يحدث اتفاق وتناسق بين خصائص المريض ومهارات الممرض. ويساعد هذا النموذج الممرضين في تصميم بطاقات الوصف الوظيفي، ونماذج التقييم، ومعايير التقدم. كما أنَّ النموذج يعتبر أحد متطلبات الحصول على الشهادات الجاذبة (Kaplow & Reed, 2008).

الأنظمة الإكلينيكية المصغرة (Clinical Microsystems)

تعد من أحدث نماذج تقديم خدمات الرعاية الصحية، وتعتمد على فكرة منح سلطة اتخاذ القرارات لأصغر وحدات الرعاية الصحية، وذلك من أجل تحقيق الكفاءة. وبمعنى آخر فإن الأنظمة الإكلينيكية المصغرة تُعنى بتحقيق الاكتفاء الذاتي لأصغر وحدات صحية موجودة بالمؤسسة.

وتشتمل الأنظمة الإكلينيكية المصغرة على الآتي:

- فريق مركزي من مقدمي خدمات الرعاية الصحية
- عدد معين من المرضى يتلقون العلاج
- نظام معلوماتي يخدم المرضى ومقدمي الخدمات الصحية
- طاقم دعم، ومعدات، وأبنية جيدة

وقد أثبتت النظم الإكلينيكية جدارتها في وحدات الرعاية الحرجة الخاصة بالأطفال حديثي الولادة (Scott, Rempe & Reis, 2009)، كما ثَبُتَ أنَّ هذا النموذج يزيد من جودة مشروعات التطوير التي تقوم بها المؤسسات (Tess *et al.*, 2009) . وتتحقق الجودة إذا تولى ممرض إكلينيكي قيادة طاقم العمل وفقًا لنظام يعمل بنموذج الرعاية الإكلينيكية المصغرة (McKeon, Walters & Hix, 2009).

نموذج الرعاية المزمنة (Chronic Care Model)

يتلقى كثير من المرضى العلاج في عيادات خارجية حتى إذا عانوا من أمراض مزمنة، وعلى هذا الأساس تم تصميم نموذج الرعاية المزمنة للتعامل مع تلك الحالات.

لا يهدف هذا النظام إلى وضع طريقة للتعامل مع الأمراض، ولكنه يهدف إلى تغيير طريقة تقديم خدمات الرعاية اليومية التي تتولى مهمتها الفرق الإكلينيكية (Coleman *et al.*, 2009) ، فبدلاً من انتظار الفريق حدوث تقلبات في الحالة الصحية للمرضى، يساعد هذا النموذج الفريق في وضع تدخلات سابقة الحدوث، بحيث يستطيعون التعامل مع التقلبات الصحية للحالات الحرجة.

ويحتوي هذا النموذج على ستة مكونات:

- دعم إداري ذاتي.
- دعم اتخاذ القرارات.
- تصميم نظام لتقديم الرعاية.
- أنظمة معلومات.
- مؤسسة رعاية صحية.
- موارد مجتمعية.

وتزداد أهمية هذا النموذج مع تزايد أعداد كبار السن ، ومع تزايد احتمالية تعرضهم لمزيد من الأمراض المزمنة والحرجة، ومع ذلك لا يوجد نظام تقديم خدمات للرعاية الصحية يتميز بالكمال أو الاستقرار، وذلك بسبب التطورات التي يشهدها مجال الرعاية الصحية، وزيادة المطالبات بتحقيق جودة الخدمات الصحية، وظهور التطورات التكنولوجية.

الخلاصة:

- توفر أنظمة تقديم الرعاية التمريضية الهيكل المناسب لتقديم خدمات الرعاية، وتستخدم أغلب المؤسسات أكثر من نظام لتقديم أو تعديل خدمات الرعاية الصحية وفقًا لاحتياجاتها.
- تشمل نماذج الرعاية التقليدية الآتي: التمريض الوظيفي، وفريق التمريض، والرعاية الكاملة للمريض، والتمريض الأولي.

• تشمل نماذج الرعاية المتكاملة الآتي: مشاركة الممارسة، وإدارة الحالة، والمسارات الحرجة، والممارسات المتباينة.

• تشمل النماذج الحديثة للرعاية الصحية الآتي:

• الرعاية المركزة للمرضى، والأنظمة الإكلينيكية المصغرة، ونموذج الرعاية التآزرية، ونموذج الرعاية المزمنة.

• تطبق أغلب المستشفيات الجاذبة نماذج الرعاية المركزة للمرضى.

• يربط نموذج الرعاية التآزرية بين خصائص المريض ومهارات الممرض.

• يتنبأ نموذج الرعاية التآزرية بالاحتياجات اليومية للمرضى.

• سيستمر تطوير نماذج تقديم الخدمات الصحية مقترناً بتطورات مجال الرعاية الصحية والتطورات التكنولوجية، والمطالبات بتحقيق جودة الخدمات الصحية.

التقويم:

١. صف أنظمة تقديم الخدمات الصحية التي تطبقها مؤسستك، وإلى أي مدى تعد هذه النماذج ناجحة، وما الذي تقترحه لتحسين هذه الأنظمة؟

٢.تخيل أنَّك تصمم نظاماً لتقديم خدمات الرعاية، فما الأنظمة التي ستدمج بينها وتستخدمها لتطوير نظامك؟ وضح وجهة نظرك.

٣.لماذا تختلف أنظمة تقديم الرعاية القديمة عن المتبعة حديثًا؟ هل يمكن استخدام الأنظمة القديمة في الوقت الحالي؟ وضح الخصائص التي يمكن إضافتها على الأنظمة الجديدة لجعلها أكثر مناسبةً للوضع الحالي.

٤.ما النظام المفضل لديك ، كمدير؟ ولماذا؟

المراجع

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration, 38*(5), 223–229.

American Association of Critical Care Nurses (AACN) (2011). *The AACN synergy model for patient care.* Retrieved May 9, 2011 from http://www.aacn.org/WD/Certifications/Docs/SynergyModelforPatientCare.pdf

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs, 28*(1), 75–85.

Hix, C., McKeon, L., and Walters, S. (2009). Clinical nurse leader impact on clinical microsystems outcomes. *Journal of Nursing Administration, 39*(2), 71–76.

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2009). *IHI Collaborative: Transforming care at the bedside.* Retrieved May 9, 2011 from http://www.ihi.org/IHI/Programs/Collaboratives/TransformingCareatthe Bedside.htm.

Kaplow, R., & Reed, K. D. (2008). The AACN synergy model for patient care: A nursing model as a force of magnetism. *Nursing Economics, 26*(1), 17–25.

Lavisso-Mourey, R., & Berwick, D. M. (2009). Nurses transforming care. *American Journal of Nursing, 109*(11), 3.

Maizes, V., Rakel, D., & Niemiec, C. (2009). Integrative medicine and patient-centered care. *Explore: The Journal of Science & Healing, 5*(5), 277–289.

Manthey, M. (1980). *The practice of primary nursing*. St. Louis: Mosby.

Manthey, M. (1989). Practice partnerships: The newest concept in care delivery. *Journal of Nursing Association, 19*(2), 33–35.

Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research, 45*(5), 1188–1204.

Miles, K. S., & Vallish, R. (2010). Creating a personalized professional practice framework for nursing. *Nursing Economics, 28*(3), 171–189.

Reis, M. D., Scott, S. D., & Rempel, G. R. (2009). Including parents in the evaluation of clinical microsystems in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care, 9*(4), 174–179.

Schneider, M. A., & Fake, P. (2010). Implementing a relationship-based care model on a large orthopaedic/neurosurgical hospital unit. *Orthopaedic Nursing, 29*(6), 374–378.

Spence-Laschinger, H. K. (2008). Effect of empowerment on professional practice environment, work satisfaction, and patient care quality: Further testing the nursing work life model. *Journal of Nursing Care Quality, 23*(4), 322–330.

Tess, A. V., Yang, J. J., Smith, C., Fawcett, C. M., Bates, C. K., & Reynolds, E. E. (2009). Combining clinical microsystems and an experiential quality improvement curriculum to improve residency education in internal medicine. *Academic Medicine, 84*(3), 326–334.

الفصل الرابع

القيادة، والإدارة، والمتابعة

القائد والمدير

القيادة

نظريات القيادة التقليدية

النظريات الحديثة

القيادة الكمية (Quantum Leadership)

القيادة التبادلية (Transactional Leadership)

القيادة التحويلية (Transformational Leadership)

القيادة المشتركة (Shared Leadership)

القيادة الخدمية (Servant Leadership)

القيادة العاطفية (Emotional Leadership)

وظائف القيادة التقليدية:

التخطيط

التنظيم

التوجيه

التحكم

واقع مديري التمريض:

مهارات مدير التمريض

عضو هيئة التمريض (Staff Nurse)

إدارة الخط الأول (First-Level Management)

الممرض المسؤول (Charge Nurse)

قائد التمريض الإكلينيكي (Clinical Nurse Leader)

بعد الانتهاء من هذا الفصل سنتعرف على الآتي :

١ . العلم بأن كل ممرض تكمن بداخله شخصية القائد والمدير.
٢ . التفرقة بين المديرين والقادة.
٣ . كيف تناولت النظريات المختلفة مفهومي القيادة والإدارة.
٤ . تحديد مهام الإدارة التي يجب على الممرض تعلمها.
٥ . التعرف على أهمية مفهوم التبعية وعلاقته بالقيادة.
٦ . التعرف على شروط نجاح القائد.

تحتاج جميع المؤسسات إلى مديرين يقومون باتخاذ القرارات. وتتصف مهام المدير بالحيوية، والتعقيد، والصعوبة؛ فعليهم أن يقوموا بتحقيق التوازن بين احتياجات المرضى، والموظفين، والأطباء، والمؤسسة، ولهذا يحتاج الممرض المدير إلى الكثير من المهارات والمعلومات التي تختلف عما يحتاجه الممرض العادي، ومع ذلك نجد القليل من الممرضين الذين لديهم تدريب وعلمٌ كافٍ بالإدارة الناجحة. وأغلب المهارات التي يمتلكها الممرض المدير تعود لخبراته وتعامله السابق مع المديرين والمشرفين الآخرين، الذين حصلوا بدورهم على معرفتهم من خلال تعاملهم مع مديرين آخرين، ومن ثم فهناك هوة بين ما يعرفه المدير وبين ما يحتاج أن يعرفه كي يكون ناجحاً.

أما اليوم فيتولى الممرضون مهام المديرين، ليس بطريقة رسمية، ولكن في أثناء قيامهم بالمهام التمريضية العادية، فيقوم الممرض بتوجيه غيره سواءً كان محترفًا أو غير محترفٍ من أجل الوصول للأهداف المرجوة من الرعاية الصحية؛ ولهذا على كل ممرض أن يتعرف على مهارات القيادة والإدارة ليصبح أكثر تمكناً وكفاءة في أداء وظيفته.

القائد والمدير

يتم الخلط بين المسميات الوظيفية - مثل القائد، والمدير، والمشرف، والإداري - بشكل دائم في الحياة العامة، وذلك بالرغم من عدم ترادفهم، فالقائد هو الشخص الذي يستعمل مهاراته الشخصية لتحفيز الآخرين للوصول إلى هدف معين، وغالباً ما يستخدم القائد المتمرس سلوكياته الشخصية المرنة، وعدداً من الإستراتيجيات من أجل تحفيز فريقه. ويلعب القائد دورًا مهمًا في تكوين وسائل اتصال بين طاقم عمل المؤسسة، وذلك من أجل تعزيز الأداء وتحقيق جودة المخرجات.

ومن وظائف القائد خلق الإجماع بين أعضاء الفريق على أهداف المؤسسة، وبناء منظومة لتسهيل طريق الوصول إلى الأهداف، وتوفير المعلومات المهمة لتوجيه وتوضيح طريق الوصول للأهداف، وتحقيق إرضاء المجموعة، وتحسين الأداء.

وعلى العكس من ذلك، فإن المدير شخص تقوم المؤسسة بتعيينه، وتفوض له مسؤولية تحقيق الأهداف. ويقوم المدير بتحقيق التناسق والتكامل بين الموارد، والتخطيط، والتنظيم، والمتابعة، وبناء طاقم العمل، والتفاوض، والتقييم. وبالإضافة إلى المهارات الشخصية، فإن المدير غالباً ما تكون لديه السلطة و المسؤولية التي تقدمها إليه المؤسسة.

وتتمثل وظائف المدير في الآتي:

- توضيح هيكل المؤسسة.
- اختيار وسائل تحقيق الأهداف.
- تقسيم المهام، وتحقيق التناسق فيما بينها، وتحفيز طاقم العمل.
- تقييم المخرجات.

والمدير الناجح هو قائد ناجح، وقد يكون المدير ناجحًا في إدارته للموارد، ولكنه لا يستطيع قيادة الأشخاص. وقد يكون لديه القدرة على قيادة الأفراد جيدًا، لكنه ليس لديه مهارات إدارة الموارد. ويمكن تعلم كلتا المهارتين، وهو ما يعزز من كل صفة على حدة.

القيادة

قد تكون القيادة رسمية أو غير رسمية. وتكون القيادة رسمية إذا استمد الممرض سلطته المشروعة من المؤسسة، وتم توصيف ذلك في بطاقته الوظيفية (مثال: ممرض مدير، منسق، مراقب، مدير حالة). وتعتمد القيادة الرسمية على المهارات الشخصية، ولكنها تحصل على الدعم من المنصب والسلطة المُقَدمة من قبل المؤسسة. ولهذا تحتاج القيادة الرسمية إلى مفهوم القيادة غير الرسمية للأفراد لكي تصبح ناجحة، فالقيادة غير الرسمية تمكن القائد من التأثير على موظفيه، وهو ما يجعلهم أكثر رغبة في أداء وظائفهم على أكمل وجه.

أما القيادة غير الرسمية فهي عبارة عن مهارة يمتلكها عضو بطاقم العمل دون حصوله على أي منصب أو مهام مدير. ويكون للمرض الذي لديه مهارة القيادة أفكار بناءة تساهم في التأثير على الآخرين، وتؤثر على طريقة سير العمل. وتعتمد القيادة غير الرسمية على الشخصية، والوظيفة (ممرض متمرس، أو منسق جودة، أو مدير طبي)، والمهارة في إقناع وإرشاد الآخرين.

نظريات القيادة التقليدية

تحولت أبحاث القيادة من دراسة الصفات الشخصية للقائد، إلى شكل القيادة والسلوكيات التي يحتاجها، والمواقف التي تتطلب ظهور القائد، والحاجة إلى التغيير. وقد ساهمت بحوث القيادة في زيادة وعي وفهم المديرين لهذا المفهوم. وتشمل نظريات القيادة التقليدية الآتي: نظرية صفات القائد، ونظرية سلوك القائد، ونظرية الطوارئ.

كما حددت النظريات الأولى صفات القائد الناجح ومازال يُؤخذ بها حتى الآن. وفي الثلاثينيات ركزت النظريات على السلوكيات التي يجب أن يتبعها القائد، والمتطلبات ليصبح الفرد قائدًا؛ فمن وجهة نظر النظريات السلوكية يتم صناعة القادة الحقيقيين عن طريق التعليم والتدريب واكتساب الخبرات. أما نظرية الطوارئ فتبين أن المديرين يغيرون من نمط قيادتهم وفقًا للتغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة بهم. ووفقًا لهذه للنظرية تتراوح سلوكيات القيادة بين التساهل إلى الاستبداد. وتختلف درجة القيادة وفقًا للاحتياجات الحالية والإمكانيات المستقبلية. وقد يتبع الممرض المدير النمط الاستبدادي وذلك في حالة استقبال حالات حرجة أو خطرة، بينما قد يتبع

المدير النمط المتساهل لتشجيع فريق العمل على تطوير إستراتيجيات العناية بالمرضى ذوي أقل الأمراض خطورة. ويتكامل نموذج القيادة الناجحة للممرض المدير مع البيئة المحيطة بالمؤسسة، والمهمات المطلوب تنفيذها، والصفات الشخصية لطاقم العمل.

النظريات الحديثة

تركز النظريات الحديثة على قيم التعاون والعمل الجماعي بكل المستويات الوظيفية للمؤسسة، حيث أصبح مجال الرعاية الصحية أكثر تعقيداً، ويتطلب درجة أعلى من التكامل بين الأعمال الإدارية والإكلينيكية. وعلى القادة امتلاك مهارات إضافية كمهارات القيادة السياسية، وقيادة المجموعة، وذلك لبناء مناخ عمل أفضل.

القيادة الكمية (Quantum Leadership)

بنيت القيادة الكمية على مبادئ نظرية الفوضى التي تم تناولها في الفصل الثاني، حيث الرعاية الصحية مستمرة في التغيير وتتجه نحو التعقيد؛ فيؤثر التغيير الطارئ في أحد أجزاء النظام على بقية الأجزاء. وتصبح الأدوار الوظيفية وفقًا لهذه النظرية أكثر مرونة، فهذه النظرية تركز على مدى تحقق الأهداف بدون الاهتمام بالكيفية التي تم الوصول بها إلى الهدف. ويشترك الموظفون وفقًا لهذه النظرية في عملية اتخاذ القرارات على أساس أنهم شركاء ذوو مسؤولية متساوية، كما يلعب المديرون دورًا أكثر تأثيرًا على الموظفين بدلاً من قيامهم بالسيطرة عليهم (Porter-O'Grady & Malloch, 2010).

وتقدم نظرية القيادة الكمية أفكاراً جديدة عن العمل والقيادة. حيث أصبحت المعلومات متوفرة لدى الجميع سواء كانوا من طاقم العمل أو كانوا من المرضى، وذلك بعد أن كان من حق القائد فقط. لقد تغير هدف القيادة من حيازة المعلومات إلى مساعدة المرضى الذين ليس لديهم خلفية تعليمية عن الرعاية الصحية في تقييم واستخدام المعلومات الطبية. وعلى هذا الأساس أصبحت القيادة تعتمد على المشاركة بين القائد وطاقم العمل، وهو ما يجبر القائد على تحسين مهاراته الشخصية والقيادية.

القيادة التبادلية (Transactional Leadership)

بُنيت هذه النظرية على مبادئ نظريات التبادل المجتمعي، التي تعتمد على فكرة تقديم الأفراد المشتركين في عمليات التبادل لخدماتهم في مقابل تلقيهم لمنافع اجتماعية وسياسية وفسيولوجية. ويُنظر لعملية التبادل الاجتماعية بين القادة والتابعين على أنَّها ضرورة اقتصادية. وتستمر علمية التبادل هذه حتى يدرك أحد الطرفين أو كلاهما أنَّ المنافع التي كانوا يحصلون عليها لم تعد ذات قيمة. وتتحدد طبيعة التبادلات وفقاً لتقدير كل طرف لمصلحته واهتماماته، فمثلاً، يستجيب طاقم العمل لأوامر الممرض المدير في البقاء لوقت إضافي، في مقابل حصولهم على إجازات خاصة كتعويض. وعندما يتفهم القائد ويحقق مطالب التابعين له، ويحفزهم، ويحسن أداءهم يصبح قائدًا ناجحًا. وتحافظ القيادة التبادلية على توازن نظام العمل، وذلك عن طريق تطبيق سياسات وإجراءات العمل، وتعظيم المنافع الذاتية والمكافآت الشخصية، وتعزيز الاستقلالية الشخصية، وتعميم الأداء (Weston, 2008).

القيادة التحويلية (Transformational Leadership)

تهدف القيادة التحويلية إلى تحفيز وإلهام طاقم العمل مثلها مثل القيادة التبادلية، ولكنها تركز على مبدأ العلاقات الشخصية بدلاً من المنافع المتبادلة بين الطرفين (Marshall, 2010). ولا تهتم القيادة التبادلية بالوضع الحالي بالمؤسسة، ولكنها تركز على العوامل المؤثرة على المؤسسة والطاقم العامل بها. وتهتم القيادة التبادلية بفكرة دمج جميع الرغبات، والقيم، والأهداف، والحوافز التي تهم القادة والتابعين، وذلك على عكس نظريات القيادة التقليدية التي تركز على الاختلافات بين المديرين والموظفين؛ ولهذا فإن القيادة التحويلية تهدف إلى تعزيز التزام الموظفين برؤية المؤسسة بدلاً من اهتمامهم بأنفسهم فقط. وتحفز القيادة التحويلية الموظفين على اتباع نظم أخلاقية، وتحقيق المثل الإنسانية، والحفاظ على القيم، كما تشجع الآخرين على ممارسة القيادة، وذلك عن طريق إقناع الأفراد بأنهم قادرون على القيام بأمور استثنائية.

وتعكس القيادة التحويلية الهدف الرئيس لمهنة التمريض، حيث تم النظر إلى هذه المهنة على أنها تفويض مجتمعي يهدف إلى خدمة الإنسان. وقد أثبت ويبرج (Weberg, 2010) أن القيادة

التحويلية قللت من شعور الموظفين بالإرهاق، كما أكد جراند (Grant *et al.*, 2010) على التأثير الإيجابي لهذا النظام على ممارسات العاملين بأحد المراكز الطبية، وأثبت هذا النموذج فاعليته في تقديم خدمات الرعاية الصحية سواء كانت بالمستشفيات، أو بالمنزل، أو بمركز رعاية مجتمعية، أو في مؤسسات الرعاية الصحية.

القيادة المشاركة (Shared Leadership)

تعزز القيادة المشاركة من مبادئ القيادة التحويلية والتشاركية (Everett & Sitterding, 2011). ويعد الحوار و العلاقات الشخصية والتشارك في اتخاذ القرارات، وتفهم القيود من أهم مكونات قيادة المشاركة. وتفترض القيادة المشاركة تواجد أكثر من قائد في طاقم العمل المتعلم والمتمرس والملتزم. وترفض القيادة المشاركة فكرة تواجد شخص واحد بالمؤسسة يملك مهارات القيادة، حيث يجب أن يتحمل طاقم العمل كله باختلاف درجاته الوظيفية مسؤولية تحقيق أهداف المؤسسة. وتحتاج المشكلات المختلفة والمتنوعة إلى أكثر من شخص ذي شخصية قيادية للبحث فيها واقتراح حلول متنوعة لها. ولا يمتلك القائد الوحيد كافة المعلومات والحلول للمشكلات المختلفة. ويختلف أسلوب القيادة مع اختلاف التحديات الموجودة حاليًا في الوحدة أو المؤسسة. ويجب أن يتشارك كل من القادة وموظفوهم في حل المشكلات مشكلين بذلك عملية تأثير تبادلي بعضهم على البعض. (Kramer, Schmalenberg and Maguire, 2010; and Watters, 2009)

تطبيق المستشفيات الجاذبة لنظرية القيادة بالمشاركة، والتي من أهم أشكالها ما يلي :

• فرق عمل ذات توجه ذاتي: حيث تدير المجموعات العمل بنفسها سواء كان رسم الخطط، أو التنظيم، أو الجدولة.

• الحكم بالمشاركة: حيث يتم تنظيم الفرق التمريضية بشكل رسمي وفقًا لمستوياتهم المهنية والتنظيمية. وتتخذ الفرق القرارات المتعلقة بمعايير الممارسة الإكلينيكية، وجودة الأداء، والتطوير، وتحسين عمليات الوحدة. وتختار الإدارة العليا ممثلين لهيئة التمريض من أجل إشراكهم في اتخاذ القرارات المهمة.

• القيادة المساعدة: وهي أن يمارس اثنان فقط دور القائد. ويعد هذا النوع من القيادة شائعة الاستخدام في إدارة خطوط الخدمة، والتي تحتاج لقائد يملك المهارات الإكلينيكية، وقائد آخر يملك المهارات الإدارية، وذلك لإخراج خدمات متنوعة، ومن أمثلة ذلك تعاون مدير التمريض صاحب المهارات الإدارية مع الممرض الإكلينيكي المتخصص ذي المهارات الإكلينيكية. ويجب أن تتوافر صفتا المرونة والنضج لإنجاح هذا النوع من القيادة، كما تحتاج إلى طرف ثالث يقدم الإرشاد والاستشارات للقائدين.

القيادة الخدمية (Servant Leadership)

نشأت القيادة الخدمية على يد روبرت جرينليف (Greenleaf, 1991)، وهي معتمدة على فكرة تولي القيادة من الراغبين في خدمة الآخرين، حيث يتم اختيار القائد بحسب رغبته في خدمة من حوله (The Greenleaf Center for Servant Leadership, 2008; Keith, 2011). وبذلك يمتلك القادة ثلاث صفات رئيسة هي :

- الوعي.
- الإقناع.
- التعاطف (Neill & Saunders, 2008).

وترتبط هذه القيادة بطبيعة عمل الممرضين لسببين، الأول: أن المبدأ الأساسي لمهنة التمريض هو خدمة ورعاية الآخرين (Anderson et al., 2010). والثاني: أن الممرضين يخدمون الكثير من الفئات التي قد تتصف بالأنانية المؤثرة على الأنظمة والمؤسسات.

القيادة العاطفية (Emotional Leadership)

يقوم مجال إدارة الأعمال ومجال الرعاية الصحية (Veronsesi, 2009) على مبادئ الذكاء الاجتماعي(Goleman, 2007) والذكاء العاطفي

(Goleman Bradberry, 2009 & Greaves, 2006). وتحتاج القيادة العاطفية إلى الكفاءة الشخصية، (والتي يندرج تحتها مبادئ الإدراك الذاتي والإدارة الذاتية)، والكفاءة الاجتماعية (التي يندرج تحتها مبادئ الإدراك الاجتماعي وإدارة العلاقات) (انظر الجدول ٤-١)

الجدول (٤-١). طرق تعزيز كفاءة الفرد

يجب أن يحوز المديرون بكافة درجاتهم الوظيفية المهارات التالية لتحسين كفاءتهم الشخصية.

بناء علاقات وصلات شخصية مع الآخرين:

- التواصل الفعال.
- التأثير على السلوك.
- قرارات متخذة بالمشاركة.
- علاقات مع الطاقم الطبي.
- إدارة العلاقات.
- القدرة على العمل في بيئة متنوعة.
- المشاركة المجتمعية.
- العلاقات الأكاديمية.

التعرف على بيئة الرعاية الصحية:

- الوعي بالممارسات الإكلينيكية.
- معرفة اقتصاديات الرعاية الصحية.
- إدراك مفهوم الحكم .
- مقاييس الأداء.
- إدراك مفهوم الإدارة وفقاً للحالة.
- معرفة أدوات إدارة المخاطر.
- الوعي بنماذج تقديم خدمات الرعاية للمرضى ونظام العمل.
- معرفة سياسات الرعاية الصحية.
- إدراك الممارسات القائمة على الأدلة.
- الوعي والالتزام بمبادئ سلامة المريض.
- معرفة أدوات تحسين الجودة.

مهارات القيادة:

- مهارات التفكير المؤسسي.
- القدرة على استخدام الأنظمة المختلفة للتفكير.
- إدارة التغيير.
- المبادئ الشخصية.
- التخطيط التتابعي.

المهارات المهنية:

- المسؤولية الشخصية والمهنية.
- آداب المهنة.
- تأييد الممارسات التمريضية والمؤسسات الإكلينيكية.
- التخطيط المهني.
- الممارسات الإكلينيكية والإدارية المبنية على الأدلة.
- العضوية النشطة في المنظمات المهنية.

مهارات إدارة الأعمال:

- فهم كيفية تمويل خدمات الرعاية الصحية.
- الإدارة الإستراتيجية.
- التكنولوجيا وإدارة المعلومات
- إدارة وتطوير الموارد البشرية.
- التسويق.

لقد أدرك جولمان (Goleman, 2007) أهمية العواطف في حياة الإنسان، حيث يعد الارتباط بالآخرين فطرة بشرية. فمثلاً إذا كان هناك من يعاني من تجربة سلبية، فإن ذلك سيؤثر بالسلب على العلاقات المستقبلية لهذا الشخص، وبالعكس إذا حدث لأحد الأشخاص موقف إيجابي، فإن ذلك سيؤثر على علاقاته بالإيجاب، ولهذا عندما يكون الانسان سعيدًا، فإن ذلك سينعكس على عمله بالإيجاب. وتم الربط بين الذكاء العاطفي وبين القيادة (Antonakis, Ashkanasy, & Dasborough, 2009; Cote *et al.*, 2010; Lucas, Spence-Laschinger, & Wong, 2008). غير أنَّ إحدى الدراسات أثبتت عدم وجود أية علاقة بين الذكاء العاطفي والقيادة التحويلية (Cartwright & Lindebaum, 2010)

ويعد ذلك النوع من القيادة أكثر تناسبًا مع طبيعة عمل الممرضين التي تتسم بالرحمة والعاطفة والرعاية، فتؤثر عاطفة الرحمة في العلاقات بين الممرضين والمرضى على مدى نجاح مهنة التمريض وتتناسب هذه المهارات الإنسانية مع نظريات أخرى ذات توجه عاطفي يهتم بالعلاقات الإنسانية، ويأخذ في الاعتبار العلاقات والعواطف الإنسانية ، فتصبح بيئة العمل الحالية أكثر تعقيدًا مما كان متعارفاً عليه سابقًا. وتحتاج بيئة الرعاية الصحية إلى مناهج قيادة ابتكارية من أجل إخراج خدمات صحية جديدة ومتنوعة. وقد نشأت نظريات القيادة الكمية، والتبادلية، والتحويلية، والتشاركية، والخدمية، والعاطفية من أجل التجاوب مع تغيرات بيئة العمل الإنساني، ولتحسين الأداء التنظيمي. ولكن في الواقع العملي يستخدم القادة أساليب أخرى مستنتجة من النظريات التي تم تناولها سابقًا.

وظائف القيادة التقليدية

في عام ١٩١٦ قدم الفرنسي هنري فايول (Henri Fayol, 1916) تعريفًا لمهام الإدارة يشتمل على التخطيط والتنظيم والتحكم. واستمر العمل بهذه المهام حتى يومنا هذا، ولكن التعقيدات التي طرأت على أنظمة الرعاية الصحية جعلت هذه المهام أكثر عمقًا. (Clancy, 2008)

التخطيط

ينقسم التخطيط إلى أربع مراحل هي:

- تحديد الأهداف.
- تقييم الوضع الحالي والتنبؤ بالأحداث والتوجهات المستقبلة.

- تحديد وسائل التخطيط.
- تحويل الخطة إلى فعل.

ويعد التخطيط عملية مهمة سواء بالنسبة للمؤسسة أو للأفراد. ويمكن أن يكون عملية فردية أو جماعية. وتجيب عملية التخطيط على تساؤلات لماذا وأين ومتى وكيف ومن؟ ويعتبر اتخاذ القرارات وحل المشكلات أحد أهم أدوات العملية التخطيطية. وتتوافر اليوم برامج آلية وقواعد بيانات تسهل من عمل المخطط.

وتبنى خطط المؤسسة وهي (تحديد الهيكل التنظيمي، والميزانيات، واختيار طاقم العمل) على رؤية وفلسفة وأهداف ومهمة المؤسسة. وغالباً ما يقوم الممرض المدير بوضع الأهداف والخطط وفقًا للمسؤوليات التي يتحملها.

انطونيو، أحد مديري التمريض في وكالة الرعاية المنزلية، وقام بتخطيط برنامج علاج ضوئي منزلي (in-home phototherapy program)، حيث إن المهمة الرئيسة للوكالة هي تقديم خدمات الرعاية الصحية للأسر. ويحتاج انطونيو إلى تحديد الآتي لتطبيق برنامجه بكفاءة:

- كيف يعزز البرنامج من مهام المؤسسة.
- ما فائدة هذه الخدمة للمجتمع والمؤسسة.
- من يمكن ترشيحه ليطبق عليه هذا البرنامج .
- من سيقدم الخدمة.
- كيف سيكون طاقم العمل.
- كيف ستحدد رسوم الخدمة.
- ما الرسوم.

وقد يكون التخطيط إستراتيجياً أو طارئاً ، ويستخدم المدير الخطط الطارئة لتحديد وإدارة المشكلات التي قد تطرأ في أثناء القيام بالعمل. كما يمكن استخدام تخطيط الطوارئ للاستجابة لمشكلة، أو لاستباق حل المشكلات ، أو لتوقع المشكلات، أو للاستجابة للفرص المطروحة.

ماذا ستفعل إذا تغيب ممرضان عن الوردية المسائية بداعي المرض؟ ماذا إذا بُلِغت بوصول مرضى ولم يكن لديك أسرة شاغرة لاستقبالهم؟ ماذا لو كنت مدير عيادة أورام وقام أحد أقارب المرضى بنقل مرض الجدري المائي إلى باقي المرضى معدومي المناعة؟ هنا يستخدم تخطيط الطوارئ لتجنب أو مواجهة مثل هذه المشكلات.

أما التخطيط الإستراتيجي فهو عملية تقييم مستمر وتخطيط دائم للتعرف على المستقبل (Fairholm& Card, 2009). ويساهم التخطيط الإستراتيجي في رسم المستقبل الذي ترغب المؤسسة في تحقيقه، ويحاول إيجاد طرق لتحقيق هذا المستقبل المرغوب فيه. مثلاً يضع الممرض المدير خطة عمل لإضافة جهاز طبي موفر للوقت إلى الأجهزة المستخدمة بالمؤسسة، ثم يقوم بعرض الخطة لإقناع الآخرين بها، ثم يطور خططاً عملية أخرى للتنفيذ، مثل وضع خطة لتدريب طاقم العمل.

التنظيم

هو عبارة عن عملية لتنسيق أعمال المؤسسة. وتشمل عملية التنظيم الآتي: تحديد أعمال المؤسسة، وتقسيم العمالة، وإنشاء سلسلة الأوامر، ومنح التفويض أو السلطة. ويعد التنظيم عملية مستمرة لمراجعة مدى توافر الموارد البشرية وغير البشرية بالمؤسسة. ويعد الهيكل التنظيمي، وأنظمة تقديم الخدمة، والتوصيف الوظيفي، وأنماط التوظيف، أسس أي مؤسسة عاملة في مجال الرعاية الصحية.

يقوم انطونيو بتنظيم برنامج العلاج الضوئي من خلال إعداد بطاقات الوصف الوظيفي والبرتوكولات، وتحديد المناصب التي يجب أن تشغر، واختيار الموردين وطلب الامدادات.

التوجيه

هو العملية التي تتم في إطارها الأعمال الخاصة بالمؤسسة. وترتبط قدرة المدير على التوجيه بما يملكه من سلطة ومهارات قيادية. وتعد وسائل الاتصال والتحفيز والتفويض من أهم أدوات عملية التوجيه. ويحتاج طاقم العمل الماهر إلى الإرشاد أكثر من التوجيه؛ فيقوم المدير بإقناع طاقم العمل بالأفكار والمقترحات والمشاريع الجديدة، بدلاً من أن يجبرهم على فعل ما يريد. وقد يمارس الممرض العادي دور التوجيه التقليدي، وذلك في حالة العمل مع المساعدين غير المرخص لهم بممارسة المهنة.

يجتمع انطونيو في هذه المرحلة بفرق التمريض لتوجيههم بشأن مشروع العلاج الضوئي المنزلي، ويشرح الهدف من هذا المشروع، ويبين القيود التي قد تواجههم، ثم يتركهم ليقرروا كيفية إدارة المشروع، مقدمًا لهم الإرشاد والتوجيه إذا احتاجوا ذلك.

المراقبة

في هذه المرحلة تتم المقارنة بين النتائج المتحققة والنتائج المتوقعة. ويتطلب ذلك وضع معايير للأداء، وتحديد وسائل قياس الأداء، وتقييم الأداء، وتقديم التغذية الراجعة. ويطور المدير الكفء الأداء بشكل مستمر وذلك من خلال تطبيق تقنيات إدارة الجودة، وتقييم النتائج والأداء، واقتراح تعديلات إذا كان ذلك ضرورياً.

وغالباً ما يتشارك المديرون مع طاقم العمل في مهام التحكم، حيث تقوم عملية تحسين الجودة باستخدام نظام تحسين الجودة المستمر (Continuous quality improvement (CQI) – بشكل رسمي مع مشاركة طاقم العمل في هذه العملية. وتستخدم بعض المؤسسات أسلوب المراجعة الجماعية للتحكم في جودة خدمات الرعاية.

عندما عرض انطونيو برنامج العلاج الضوئي المنزلي قام فريق التمريض المنوط بتقديم خدمات هذا البرنامج بتحديد معايير للعلاج والأداء. ويقوم فريق آخر بمراقبة ومراجعة البرنامج ويحدد أساليب جديدة لتحسينه.

وتعكس المراحل الأربع السابقة التخطيط، والتنظيم، والتوجيه، وتحكم النهج الاستباقي للإدارة. ويستعمل هذا المنهج في أغلب مؤسسات الرعاية الصحية، وذلك بالرغم من بحث كلانسي (Clancy, 2008) الذي أوضح فيه صعوبة التحكم بالأحداث والتوقع بالنتائج، بسبب البيئة المتغيرة لنظام الرعاية الصحية.

واقع مديري التمريض

يعد وضع طاقم تمريض في الإدارة عملياً أمراً في غاية الصعوبة، وذلك في ظل البيئة الديناميكية لنظام الرعاية الصحية. وقد أصبح واقع المؤسسات متقلبًا، حيث تتغير الأنظمة والأدوار والمهام الخاصة بمدير التمريض.

وتختلف تسميات مديري التمريض باختلاف مسؤوليات كل مستوى. ويسمى المستوى الأول للمدير بـ"مدير الوحدة أو مدير الخط الأول First-line manager or unit manager". ويلقب صاحب المستوى المتوسط للإدارة بمدير القسم. أما المستوى الأعلى في إدارة التمريض يمكن أن يلقب صاحبه بالمدير التنفيذي، أو كبير الممرضين، أو نائب رئيس رعاية المرضى. بالإضافة لذلك قد تشمل الألقاب الإكلينيكية لقب قائد الممارسات المهنية ، ويعتبر الممرض المتخصص أو الممرض الممارس. وبغض النظر عن ألقابهم فعلى كل مديري التمريض أن يكونوا ذوي كفاءة.

مهارات مدير التمريض

قامت المؤسسة الأمريكية لمديري التمريض

American Organization of Nurse Executives (AONE)

وهي مؤسسة مختصة بعمل الممرضين العاملين بالمستويات العليا للإدارة – بتعريف خمسة مجالات تحسن من كفاءة مدير التمريض (AONE, 2005). فيجب أن يمتلك مدير التمريض مهارات الاتصال، وبناء العلاقات، والتعرف على بيئة الرعاية الصحية، ومهارات القيادة، ومهارات إدارة الأعمال (انظر الجدول ٤-٢). وترتبط هذه المهارات بمهارات القيادة التي تم مناقشتها سابقًا في الجدول (٤-١).

الجدول ل (٤-٢). مجالات الذكاء العاطفي والاجتماعي

الكفاءة الشخصية: وهي التي تحدد الكيفية التي نقوم بها بإدارة مهاراتنا
الوعي الذاتي:
• الوعي العاطفي: قراءة عواطف الفرد والتعرف على آثار هذه العواطف عليه مسترشدًا بالشعور الغريزي في اتخاذ القرارات.
• التقييم الذاتي: التعرف على نقاط قوة شخص، والحدود المقيدة له
• الثقة بالنفس: الإحساس بالقيمة الشخصية، ومعرفة الإمكانيات والقدرات الكامنة به
الإدارة الذاتية:
• التحكم العاطفي: الإبقاء على المشاعر الهدامة تحت السيطرة
• الشفافية: إظهار النزاهة والكفاءة والصدق
• التكيف: مرونة التكيف مع التغييرات والمشكلات الطارئة
• الإنجاز: تحسين الأداء من أجل الوصول إلى معايير التميز
• المبادرة: ملاحقة الفرص
• التفاؤل: الرؤية الإيجابية للأحداث
• الكفاءة الاجتماعية: تحدد هذه القدرات كيفية إدارتنا للعلاقات الخاصة بنا

الوعي الاجتماعي:

- التعاطف: الإحساس بمشاعر الآخرين، وتفهم تطلعاتهم، وإظهار الاهتمام بمشكلاتهم
- الوعي التنظيمي: قراءة الواقع، وبناء شبكات سياسية، واتخاذ القرارات على المستوى التنظيمي.
- الخدمة: تفهم احتياجات العملاء وإشباعها

إدارة العلاقات:

- القيادة الملهمة: القيام بالإرشاد والتحفيز من أجل تحقيق الرؤية العامة
- التأثير: طرح تكتيكات مختلفة لإقناع الآخرين
- تطوير الآخرين: تعظيم قدرات الآخرين من خلال الإرشاد
- حافز التغيير: التحفيز والإدارة والقيادة باستخدام طرق جديدة
- إدارة الصراعات: حل الخلافات
- بناء الروابط: بناء وإدارة شبكات العلاقات
- العمل الجماعي والتعاون: بناء الفرق وروح التعاون

Goleman، D.، Boyatsis، R.،& McKee، A. Primal Leadership (2002). Boston: HarvardBusiness School. Press، 39.

عضو هيئة التمريض (Staff Nurse)

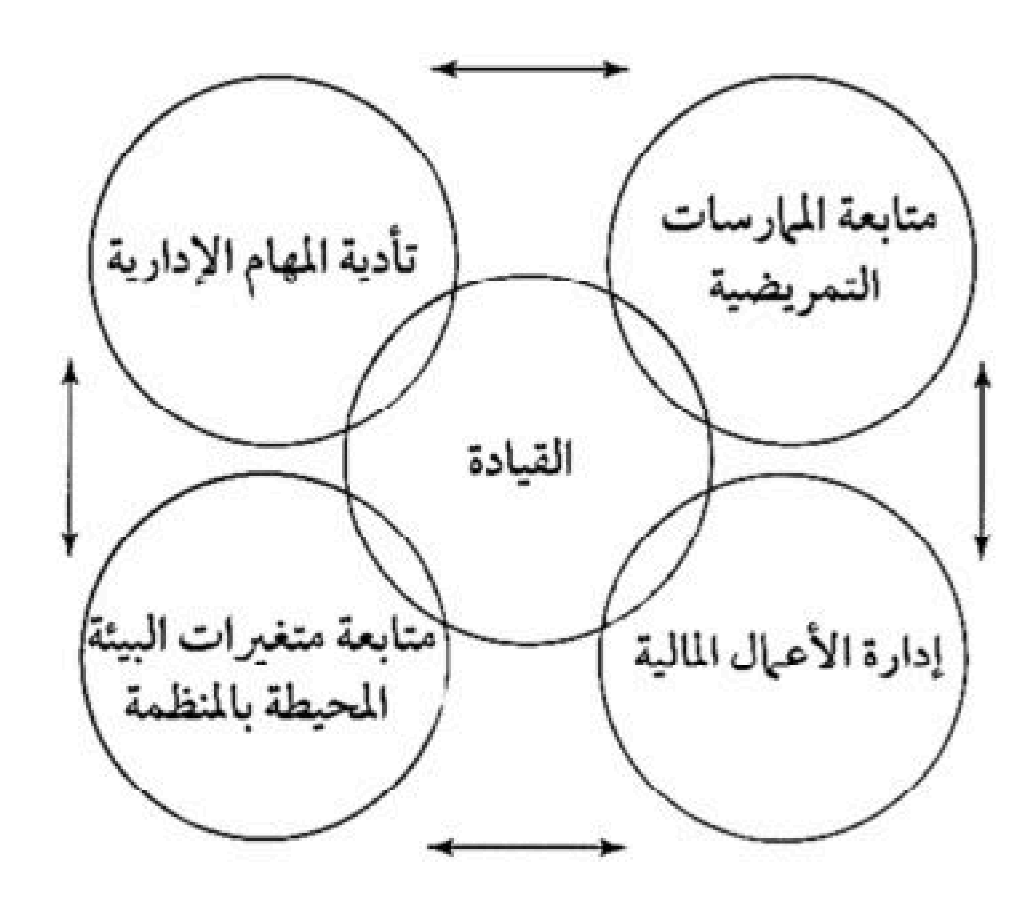
بالرغم من أنه لا يعد مديرًا رسميا بالمؤسسة، ولكنه كثيراً ما يشرف على عمل الممرضين المرخصين والمساعدين، وقد يرشد المديرين الذين يفتقدون مهارات القيادة والإدارة. ويجب أن يمتلك عضو هيئة التمريض مهارات الاتصال والتفويض والتحفيز.

وقد طبقت بعض المؤسسات نظام الحكم المشترك في تقسيم مسؤوليات الإدارة التقليدية على أعضاء الفريق، وبهذا أصبح عضو هيئة التمريض أحد المؤثرين في إدارة الوحدة التي يعمل بها. وقد قدم الفصل الثاني معلومات موسعة عن الحكم المشترك وعدداً آخرَ من وسائل الإدارة المبتكرة.

إدارة المستوى الأول (First-Level Management)

يتحمل مدير المستوى الأول مسؤولية مراقبة أعمال الموظفين غير الإداريين، هذا بالإضافة إلى متابعة سير الأعمال النمطية لبعض أو أحد الأقسام. ويقوم مدير الخط الأول بتحفيز طاقم العمل لتحقيق أهداف المؤسسة وتمثيلهم عند الإدارة العليا. ويتحمل مدير التمريض المسؤولية الإدارية لبعض الأقسام على مدار الأربع والعشرين ساعة. وفي المستشفيات، غالباً ما يكون مدير الخط الأول

هو مدير التمريض أو أحد مساعديه، أما في الأماكن الأخرى بخلاف المستشفيات مثل وكالة رعاية منزلية فيمكن أن يكون مدير الخط الأول هو المنسق الخاص بالمؤسسة. ويصف الشكل (٤-١) المهام اليومية لمدير المستوى الأول.



الشكل ٤-١ المهام اليومية لمدير المستوى الأول

صندوق (٤-١). يوم روتيني لمدير المستوى الأول

يتولى جمال جونسن منصب مدير وحدة الرعاية الحرجة بالمستشفى، ومهام وظيفته تحتم عليه مراقبة المرضين، وحل المشكلات، وتحقيق معايير الرعاية الصحية، وتقديم النصح والإرشاد عند الحاجة لذلك. ويمثل جمال جونسون وحدته في اللجنة المالية للمنظمة، كما أنه يتحمل مسؤولية تحقيق أهداف المنظمة ورؤيتها. ويصف الجزء التالي يوم عمل عادي للسيد جونسون.

علم السيد جونسون باستقبال المستشفى لضحايا حادثة تصادم سيارات بأحد الطرق، وعلم أنَ وحدته ستتسلم ٣ ضحايا إصابتهم بالغة أجريت لهم عدة عمليات جراحية. وبناءً على ذلك قام مساعد المدير بتوفير أكبر عدد من الممرضين المتخصصين بأعمال الرعاية الحرجة، وذلك لفترة مؤقتة، ولكنه لم يعلم أنَ القسم سيتسلم مزيداً من الحالات الحرجة. وبمجرد علم جونسون بزيادة عدد الحالات التي ستستقبلها الوحدة، قام بمراجعة الحالات المتواجدة بالوحدة، ليرى أي الحالات أصبحت جاهزة للانتقال إلى أقسام أخرى. وبعد استشارة الأطباء ومساعده قام جونسون بترتيب إجراءات نقل المرضى.

وبالرغم من زيادة عدد ممرضي الوحدة علم جونسون أنَ اثنين من طاقم تمريض الوحدة يريدان حضور إحدى الندوات. وأطلع جونسون الممرض المنوط به الأمرُ، وقام الاثنان بمراجعة جدول العمليات لهذا اليوم، وحددا عدد الممرضين الذين تحتاج إليهم الوحدة. ولحسن الحظ لم يكن بجدول أعمال جونسون سوى اجتماع واحد فقط، بعده يتفرغ لعمل الوحدة وينضم لطاقم التمريض ليقدم لهم يد العون.

بعد الانتهاء من الاجتماع مع الممرض المسؤول، قام جونسون بمخاطبة الممرضين لمتابعة تطورات الأحوال الصحية للمرضى، ثم ذهب إلى مكتبه لقراءة الرسائل الواردة إليه والتخطيط لأعماله. وعلم جونسون بأنَ اجتماعه مع الإدارة العليا قد تم تأجيله إلى يوم الأثنين، ثم علم أنَ أحد الصيادلة سوف يزور الوحدة لمتابعة حالة الأدوية المتواجدة بالوحدة.

اتصل مساعد جونسون ليخبره بأنَ اثنين من ضحايا الحادثة سيتم نقلهما من المستشفى، وأنَ أحدهما قد توفي، فقام جمال بإعداد التقارير الطبية والترتيبات القانونية لذلك المريض المتوفي، وذلك استعداداً لاستجوابات الشرطة والصحافة والمحاميين. وبمجرد خروج أول ضحية من غرفة العمليات، قام جونسون بمتابعة المؤشرات الحيوية للمريض، كما وتحدث جونسون مع الممرض المسؤول وأخبره عن المريض المتوفي، وأطلعه على أحوال الوحدة وطاقم التمريض. وقد اكتشف جونسون والممرض المسؤول عطلاً فنياً بأحد الأجهزة الطبية في إحدى غرف الوحدة، وقام الممرض المسؤول بوضع المريض المتواجد في هذه الغرفة على جهاز آخر، بينما قام فريق الدعم الفني بإصلاح الجهاز، وقام جونسون بمتابعة هذه الحالة المرضية، ومجهودات الفريق التقني لإصلاح الجهاز.

وأثناء متابعة جمال لأحوال المرضى وجد أنَ صوت تنبيه أحد الأجهزة الطبية قد تم إغلاقه، وتحدث جونسون مع الممرض المسؤول عن هذه الحالة وأخبره بضرورة إبقاء صوت تنبيه الجهاز مفتوحاً . واستمر جمال بمتابعة مشكلة الجهاز المتعطل، ثم راجع أعداد الممرضين المتواجدين بالوحدة، مكتشفاً أنَ الدورية المسائية ستعاني من نقص في عدد الممرضين. وبعد توفير المزيد من الممرضين، قام جمال بالتحضير لاجتماعه مع الإدارة العليا، وكتابة التقارير اليومية.

الممرض المسؤول (Charge Nurse)

يعتبر هذا المنصب من نطاق مستويات الإدارة التقليدية، وهو عبارة عن الدور الموسع لعضو هيئة التمريض. وتنحصر مهام الممرض المسؤول في التواصل مع مدير التمريض، والتنسيق بين الورديات، وتعزيز جودة خدمات الرعاية المقدمة للمرضى، وتعزيز الاستخدام الأمثل للموارد. ويساعد الممرض المسؤول في حل المشكلات واتخاذ القرارات. وغالباً ما يقوم الممرض المسؤول بمراقبة وتعليم وإرشاد باقي طاقم العمل. ويجب أن يحوز الممرض المسؤول المهارات والخبرات والمعلومات الخاصة بالممارسات الإكلينيكية، بالإضافة إلى وعيه بمعايير وممارسات المؤسسة التي يعمل بها.

وتختلف مهام عمل الممرض المسؤول عن مدير المستوى الأول حيث يختص الممرض المسؤول بتولي مهام عمل محدد أو مراقبة وردية ما، أما مدير الخط الأول فيتحمل مسؤولية كافة الأعمال التي تقوم بها وحدة معينة على مدار الأربع والعشرين ساعة. أيضًا فإن سلطة الممرض المسؤول محدودة، حيث إنه يعتبر نائباً للمدير، ويكون مسؤولاً أمامه عن أي عمل أو قرارات تُؤخذ.

وبالرغم من إن الممرض المسؤول كثيراً ما يشترك في عملية التخطيط أو التنظيم الخاصة بأعمال المؤسسة إلا أن مسؤولياته محدودة وتكون مشاركته هذه في إطار الوحدة التي يرعى عملها. وقد كانت مشاركة الممرض المسؤول في عملية تقييم الأداء محدودة، أما الآن، وفي ظل مناخ العمل المتسم بالكفاءة، فإن مشاركته في التقييم أصبحت أكثر. وقد تزايد دور الممرض المسؤول تماشيًا مع الاتجاه السائد نحو تفعيل الإدارة القائمة على المشاركة، فتوكل إليه المهام التقليدية التي كان يقوم بها مدير المستوى الأول.

وفي بعض المؤسسات يكون هذا المنصب دائماً ويكون صاحبه معيَناً ومن ثم يكون هو أحسن أعضاء هيئة الإدارة، وفي بعض المؤسسات يكون هذا المنصب دائراً على أكثر الموظفين خبرة. ويطرح بالتدوير الوظيفي من منصب الممرض المسؤول، والذي يكون اليد اليمنى للمدير إلى المنصب الأقل كعضو هيئة تمريض تحديداً للموازنة بين الأدوار الوظيفية في المؤسسة (Leary & Allen, 2005). وقد يكون مرتب الممرض المسؤول مختلفاً عن باقي أعضاء هيئة التمريض، وذلك في بعض المؤسسات. وفي مؤسسات أخرى لا يحصل صاحب هذا المنصب على مرتب مختلف وذلك لأن المنصب يكون دائراً بينه وبين باقي الممرضين أو لأن هذا المنصب يعد أول خطوة في سلم الإدارة.

وغالباً ما يكون الممرض المسؤول هو مفتاح نجاح الوحدة (Leary & Allen, 2005)، وذلك لأن صاحبه يكون لديه تأثير أكبر على باقي طاقم العمل حيث تكون سلطته غير الرسمية أحياناً أعلى من سلطة المدير الرسمية، ولهذا قد يستفيد الممرض المسؤول من منصبه لاكتساب المهارات المطلوبة، ليكون مديرًا، وليضع قدميه على الخطوة الأولى للوصول إلى منصب إداري رسمي.

قائد التمريض الإكلينيكي (Clinical Nurse Leader)

لا ينظر إلى قائد التمريض الإكلينيكي على أنَه مدير، فهو يقوم بدمج مهام الرعاية لفئة معينة من المرضى وفقًا لنظام الرعاية المصغر (AACN, 2007). وقد صُمِم منصب قائد التمريض الإكلينيكي لمواجهة التحديات اليومية بصورة أكثر كفاءة (Harris & Roussel, 2009). ويقوم قائد التمريض الإكلينيكي بتنسيق أدوار الممرضين في رعاية المرضى ومراقبة فريق الرعاية الصحية (Sherman, 2010).

وقد ساهم هذا المنصب في تحسين جودة الخدمات الصحية وخفض التكاليف، ولهذا فإنه من المتوقع زيادة طلب المؤسسات لشغل هذا المنصب (Hix, McKeon,& Walters, 2009; Stanley *et al.*, 2008).

إن تحول مؤسسات الرعاية إلى شغل مناصب قائد التمريض الإكلينيكي أدى إلى ظهور مشاكل هي: عدم تقبل طاقم العمل للقائد، وتورط القائد في مسائل الرعاية المباشرة للمريض. (Sherman, 2010) ومن ثمَ طُرِح تساؤلٌ حول مدى اختلاف مهام منصب قائد التمريض الإكلينيكي عن مهام الممرض الإكلينيكي المتخصص (clinical nurse specialist). وغالباً ما يتولى الممرض الإكلينيكي المتخصص مسؤولية المستشفى كلها، أما قائد التمريض الإكلينيكي فتنحصر مهام عمله في وحدة معينة. ويعتقد أيجنتوس (Ignatius, 2010) أن منصب قائد التمريض الإكلينيكي يقلل من مشاكل غياب التنسيق بين الخدمات الصحية.

التبعية ضرورية لنظرية القيادة

لا يستطيع القادة ممارسة دور القيادة دون موظفين يتبعونهم، مثلهم مثل المدرسين، فهم يحتاجون للتلاميذ من أجل ممارسة دورهم التعليمي. ولا يَظِل القائد قائدًا، أو يظل التابع تابعًا إلى الأبد فيتبع الموظف رئيسه، ويتبع المدير أوامر مجلس الإدارة.

وتتكامل التبعية في مفهوم القيادة، حيث يكون عضو الفريق الماهر والنشط مكملاً ومتفاعلاً مع قائده وفريقه. ويرحب أغلب القادة بالدور الحيوي للتابع النشط من أجل مساعدتهم في إنجاح الفريق والوصول للأهداف.

وقد يؤثر التابع بشكل سلبي على قائده، فقد يتستر على أعماله واختراقه للقانون، ويشاركه في الاحتيال، ولكنه أيضًا قد يكون ذا تأثير إيجابي عليه. وقد يقلل المدير الضعيف من شأن التابع الجيد عبر نقده واحتقاره وتجاهله لأفكاره البناءة (Arnold & Pulich, 2008). ولتجنب مثل هذه التصرفات على الممرض إدراك هذه التصرفات المباشرة وغير المباشرة، وطلب المساعدة من الآخرين والبقاء مسيطرًا على النفس. (انظر الفصل ٢١)

وقد وصف ميلر التبعية على أنها الدرجة التي تقع بين المشاركة والتفكير. وتتدرج المشاركة بين المشاركة السلبية (تابع غير فعال) إلى المشاركة النشطة (تابع ناجح). أما بالنسبة للتفكير فيمكن أن يتراوح بين (التفكير المستقل ولكنه غير حاسم) إلى (التفكير المستقل والحاسم). وتعد الشجاعة إحدى خصائص التابع المتفاعل مع فريق قائده.

وغالباً ما تكون التبعية دائرة بين أعضاء الفريق، فقد يكون الممرض قائداً في وقت ما ثم يتحول إلى تابع. وأحياناً يكون الممرض قائدًا لفريق معين، ويكون في نفس الوقت تابعاً لمدير التمريض.

ويتصف التابع البناء بأنه:

- استباقي.
- داعم.
- مبادر.
- يعرف طريقه.

وتتماثل هذه الصفات مع صفات القائد الممتاز كما سيتم مناقشته :

ما الذي يصنع القائد الناجح؟

تبدو القيادة الناجحة صفة بعيدة المنال فبينما يولد البعض بصفة القيادة فإن الآخرين يبذلون كثيرًا من الجهد ليحوزوا مهارات القيادة.

انظر كيف وصفت إحدى قادة التمريض وظيفتها:

أعتقد أن الدور الأهم لقائد التمريض هو أن يكون مثالاً يحتذى به في الصفات التي يجب أن يكون عليها أي ممرض قائد، واعتقد أنه يجب أن يكون عمل مدير التمريض رفيع المستوى، بحيث يلهم كل من حوله من طاقم العمل.

كمديرة تمريض أحاول دائماً أن أكون المحاور الممتاز، الأكثر تعاطفًا، الأكثر خبرة ، والأكثر استعدادًا لمساعدة الناس في أي مسألة أو مهمة، وعليه فلا انتظر من أحد سؤالي عما يجب أن أقوم به، حيث إني أضع توقعاتي للفريق شفهياً وذلك عبر كوني نموذجًا لهم.

فمثلاً في أثناء تغيير الدورية المسائية منذ يومين كان هناك طبيبان يقومان بإجراء عملية سريريه، وبالرغم من رغبتي في الرحيل مبكرًا بعد يوم عمل شاق، إلا أني علمت أن موعد الوردية تغير، ولم أرد أن يتم مقاطعة طاقم العمل، ولهذا تطوعت للقيام بالعملية، وبقيت حتى لا يظل المريض والأطباء منتظرين طويلاً. وبهذا كان فريق العمل مقدرًا لعملي. والأهم أنني قدمت مثالاً لما يجب أن تكون عليه روح الفريق، وللمرونة، والتركيز على العمل.

واعتقد أنه على القائد الممرض أن يقدم تغذية عكسية بدلاً من القيام بالتقييم المستمر، وعليه أن يحدد موعدا أسبوعياً لسماع تعليقات المرضى، وآراء أعضاء العمل.

وقد وجدت أن المناقشات حول أهداف وأحلام الممرضين والكيفية التي يمكن أن يساعد بها القائد ممرضيه ليصلوا بها إلى أحلامهم أمرًا يعزز من راحة وثقة الممرضين بقائدهم، حيث إنه من المهم بناء علاقات مع الذين تقودهم.

ويجب أن يملك القائد مهارات تعليم الآخرين، وتعزيز عملهم، وتحسين معارفهم، والتفكير معهم بفاعلية ، والتواصل معهم، والقيام بحل المشكلات واتخاذ القرارات. وغالباً ما يعلن القائد عن هدفه ومهمته، كما يقوم بتفهم حاجات الآخرين، وتقدير الاختلافات بين الناس.

الخلاصة:

- يستخدم القائد إستراتيجيات وسلوكيات معينة لتحفيز فريقه والتأثير عليهم.
- المدير مسؤول عن تحقيق أهداف المؤسسة بفاعلية.
- نظريات القيادة في تغير مستمر، حيث تتكيف مع تغيرات البيئة والمهام والأفراد والتوقعات المستقبلية.
- أظهرت نظريات القيادة الحديثة أهمية العلاقات الشخصية في حياة القائد.
- تشمل مهام القيادة التقليدية التخطيط والتنظيم، والتخطيط والتحكم.
- يساهم كل من القادة والتابعين في تحقيق فاعلية وكفاءة المؤسسة.
- القادة الناجحون يقومون بإلهام وتمكين واحترام الآخرين.

أدوات القيادة والإدارة والاتباع :

١ . حدد موقعك: هل أنت قائد، أم مدير، أم تابع؟

٢ . اعلم المهارات التي يتطلبها كل منصب.

٣ . حدد مثالاً للقيادة يحتذى به وتعرف على صفاته، ثم حاول تبني هذه الصفات القيادية في شخصيتك.

٤ . قيم نفسك، وتعرف على الفرص التي حولك، وحدد طرق تحسين مهاراتك.

التقويم:

١. من هم مديرو مؤسستك؟ وهل يمكن أن يمتلكوا صفات القيادة؟ إذا لم يمتلكوا تلك الصفات فما الذي تقترحه ليصبحوا قادة؟

٢. من الأشخاص المتسمون بصفات القيادة ولكنهم لا يشغلون مناصب رسمية ؟ وما الصفات التي تميزهم عن غيرهم؟

٣. صف مديرك ثم قيمه بعد مراجعة مهام المدير التي تمت مناقشتها في الفصل.

٤. تخيل نفسك مديراً ، ما المهارات التي يجب أن تتحلى بها؟

٥. قيم نفسك كتابع، وحاول التعرف على صفاتك، هل هي مثلما تم تناوله في الفصل؟

٦. هل أنت قائد؟ قيم نفسك واذكر طرقًا لتحسين شخصيتك.

المراجع

American Association of Colleges of Nursing (2007). *White paper on the education and role of the clinical nurse leader.* Retrieved May 20, 2011 from http://www.aacn.nche.edu/Publications/WhitePapers/ClinicalNurseLeader07.pdf

American Organization of Nurse Executives (2005). *Nurse executive competencies.* Retrieved May 20, 2011 from http://www.aone.org/aone/pdf/AONE_NEC.pdf

Anderson, B. J., Manno, M., O'Connor, P., & Gallagher, E. (2010). Listening to nursing leaders: Using national database of nursing quality indicators data to study excellence in nursing leadership. *Journal of Nursing Administration, 40*(4), 182–187.

Antonakis, J., Ashkanasy, N. M., & Dasborough, M. T. (2009). Does leadership need emotional intelligence? *The Leadership Quarterly, 20*(4), 247–261.

Arnold, E., & Pulich, M. (2008). Inappropriate selection of first-line managers can be hazardous to the health of organizations. *The Health Care Manager, 27*(3), 223–229.

Bradberry, T. & Greaves, J. (2009). *Emotional intelligence 2.0.* San Diego, CA: TalentSmart.

Clancy, T. R. (2008). Control: What we can learn from complex systems science. *Journal of Nursing Administration, 38*(6), 272–274.

Cote, S., Lopes, P. N., Salovey, P., & Miners, C. T. H. (2010). Emotional intelligence and leadership emergence in small groups. *The Leadership Quarterly, 21*(3), 496–508.

Everett, L. Q., & Sitterding, M. C. (2011). Transformational leadership required to design and sustain evidence-based practice: A system exemplar. *Western Journal of Nursing Research, 33*(3), 398–426.

Fairholm, M. R., & Card, M. (2009). Perspectives of strategic thinking: From controlling chaos to embracing it. *Journal of Management and Organization, 15*(1), 17–30.

Goleman, D. (2006). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ.* New York: Bantam.

Goleman, D. (2007). *Social intelligence: The new science of human behavior.* New York: Bantam.

Grant, B., Colello, S., Riehle, M., & Dende, D. (2010). An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model. *Journal of Nursing Management, 18*(3), 326–331.

Greenleaf, R. K. (1991). *The servant as leader.* Westfield, IN: Greenleaf Center for Servant Leadership.

Harris, J. D., & Roussel, L. (2009). *Initiating and sustaining the clinical nurse leader role: A practical guide.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.

Hix, C., McKeon, L., & Walters, S. (2009). Clinical nurse leader impact on clinical microsystems outcomes. *Journal of Nursing Administration, 39*(2), 71–76.

Ignatious, A. Fixing healthcare. *Harvard Business Review, 88*(4), 49–73.

Keith, K. (2008). *The case for servant leadership.* Westfield, IN: Greenleaf Center for Servant Leadership.

Kramer, M., Schmalenberg, C., & Maguire, P. (2010). Nine structures and leadership practices essential for a magnetic (healthy) work environment. *Nursing Administration Quarterly, 34*(1), 4–17.

Leary, C., & Allen, S. (2005). *A charge nurse's guide: Navigating the path of leadership.* Cleveland, OH: Center for Leader Development.

Lindebaum, D., & Cartwright, S. (2010). A critical examination of the relationship between emotional intelligence and transformational leadership. *Journal of Management Studies, 47*(7), 1317–1342.

Lucas, V., Spence-Laschinger, H. K., & Wong, C. A. (2008). The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: The moderating effect of span of control. *Journal of Nursing Management, 16*(8), 964–973.

Marshall, E. (2010). *Transformational leadership in nursing: From expert clinician to influential leader.* New York: Springer.

Miller, L. A. (2007). Followership. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 21*(1), 76.

Neill, M. W., & Saunders, N. S. (2008). Servant leadership: Enhancing quality of care and staff satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 38*(9), 395–400.

Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2010). *Quantum leadership: Advancing information, transforming health care* (3rd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Sherman, R. O. (2010). Lessons in innovation: Role transition experiences of clinical nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 40*(12), 547–554.

Stanley, J. M., Gannon, J., Gabuat, J., Hartranft, S., Adams, N., Mayes, C., Shouse, G. M., Edwards, B. A., & Burch, D. (2008). The clinical nurse leader: A catalyst for improving quality and patient safety. *Journal of Nursing Management, 16*(5), 614–622.

The Greenleaf Center for Servant Leadership (2011). Retrieved May 20, 2011 from http://www.greenleaf.org

Veronesi, J. F. (2009). Breaking news on social intelligence. *Journal of Nursing Administration, 39*(2), 57–59.

Watters, S. (2009). Shared leadership: Taking flight. *Journal of Nursing Administration, 39*(1), 26–29.

Weberg, D. (2010). Transformation leadership and staff retention: An evidence review with implications for healthcare systems. *Nursing Administration Quarterly, 34*(3), 246–258.

Weston, M. J. (2008). Transformational leadership at a national perspective. *Nurse Leader, 6*(4), 41–45.

الفصل الخامس

طرح وإدارة التغيير

لماذا التغيير؟

الممرضون باعتبارهم وكلاء تغيير

نظريات التغيير

عملية التغيير:

١. تقدير الوضع

٢. التخطيط

٣. التنفيذ

٤. التقييم

إستراتيجيات التغيير:

١. إستراتيجيات القوى القهرية (Power-Coercive Strategies)

٢. نموذج التطبيق العقلاني (Empirical–Rational Model)

٣. إستراتيجية التثقيف المركزة (Normative–Reeducative Strategies)

مقاومة التغيير

دور الممرض

طرح فكرة التغيير

التنفيذ

تعامل مع التغيير المستمر

بعد الانتهاء من هذا الفصل سنتعرف على الآتي:

١. كيف يتحول الممرضون إلى وكلاء التغيير (Change agents).

٢. التفسيرات المختلفة لظاهرة التغيير.

٣. أوجه التشابه بين عملية التغيير والعمليات التمريضية.

٤. التفريق بين إستراتيجيات التغيير.

٥. كيف يمكن التعامل مع العوائق التي تقف ضد التغيير.

٦. دور الممرض في عملية التغيير.

لماذا التغيير؟

يعد التغيير فكرة لا مفر منها حتى وإن كانت غير مرحب بها، حيث تحتاج إليها المؤسسات لتتمكن من التكيف أمام تغيرات البيئة المحيطة، كما يعد التغيير الابتكاري أمرًا ضروريا لتحقيق الكفاءة والنمو على مستوى المؤسسة(Heath & Heath, 2010). ويعتبر التغيير عملية مستمرة وغير منتهية. وتبدأ عملية التغيير كالآتي: مقاطعة الوضع الحالي، ثم الدخول في فترة انتقالية، ثم الوصول إلى الوضع المرغوب فيه. وبمجرد الوصول إلى الوضع المرغوب فيه تبدأ عمليه تغيير أخرى.

وغالباً ما تتم مقاومة عملية التغيير حتى وإن كانت مخططة، وهذا بسبب اعتبار التغيير مصدراً للصراعات أو التهديدات، ففكرة التغيير تعني عدم بقاء ما هو متبع حالياً على ما هو عليه. وغالباً ما تُولِد عمليات التغيير شعوراً بفقدان ما هو مألوف ومريح سواء كانت خارج سيطرة الإنسان أو كانت مخططة .

وبالرغم من قدرة الممرضين على فهم وتوقع ردود الفعل الناتجة عن فكرة التغيير، إلا أنهم يحتاجون إلى بناء مناهج علمية للتنبؤ بتلك الردود. ويمكن أن يطرح الممرضون فكرة التغيير على أنها تحد يتطلب تعاون طاقم العمل لتخطيه، كما يمكنهم أن يظهروا عدم كفاءة الوضع الحالي وهو ما يزيد من تقبل طاقم العمل لفكرة التغيير.

وبالرغم من عدم القدرة على التنبؤ بمستقبل مهنة التمريض (Nickitas, 2010) إلا أن المعهد الطبي (The Institute of Medicine) قدم مقترحات لعمليات التغييرات المستقبلية التي تحتاجها مهنة التمريض (IMO, 2010) وهي كالآتي:

- تطبيق الممرض لما تعلمه عن مهنة التمريض وما تدرب عليه .
- تواجد نظام تعليمي متطور يساعد الممرضين على الوصول إلى أعلى درجات التعليم والتدريب.
- يجب أن يشارك الممرضون مع الأطباء وباقي العاملين بمجال الرعاية الصحية في إعادة تصميم وتحسين نظام الرعاية بالولايات المتحدة.
- توافر نظام تخطيط فعال، وبنية معلوماتية تساعد على تحسين اتخاذ القرارات .

وقد قدَّم المعهد الطبي ثماني توصيات هي كالآتي:

- إزالة الحواجز المقيدة لعملية التغيير.
- إتاحة الفرصة أمام الممرضين للمشاركة في عمليات التطوير.
- تطبيق برامج إقامة الممرضين .
- زيادة نسبة الممرضين الحاصلين على درجة البكالوريوس إلى ٨٠٪ وذلك بحلول عام ٢٠٢٠.
- إعداد وتمكين الممرضين من قيادة عملية التغيير.
- إنشاء بنية تحتية لجمع وتحليل بيانات القوى العاملة بقطاع الرعاية الصحية.
- إشراك الممرضين في برامج التعليم المستمر.

الممرضون بوصفهم وكلاء تغيير

وكلاء التغيير هم الأشخاص الذين يسعون إلى تحقيق التغيير. ولا يمكن التقليل من مهام وكلاء التغيير، حيث إنَ عملية التغيير تحتاج إلى الكثير من الوقت والجهد والطاقة.

وتناولت التقارير والأبحاث أهمية دور الممرض في تسهيل عملية التغيير. حيث وجد هولتروب (Holtrop *et al.* 2008،) أن طاقم التمريض قد تمكن من تحسين السلوكيات الصحية للمرضى عن طريق تغيير عشر ممارسات رعاية أولية، باستخدام نظامين مختلفين للرعاية الصحية.

كما أظهر تقرير لماك دافيت، وسبلنكي، ووالكر (MacDavitt, Cieplincki and Walker, 2011) أن التغيير البسيط في نظام التواصل بين المرضى والممرضين قد أدى إلى زيادة إرضاء المرضى. وأخيراً أكدت دراسة لمكموراي وغيره (٢٠١٠) (McMurray *et al.*, 2010) نجاح مديري التمريض في تطبيق تغييرات على نظام التسليم السريري.

وستستمر الحاجة لتغيير المؤسسات الصحية، سواء في حالة توافر الخبرات التمريضية اللازمة لقيادة التغيير أولاً. ويعاني الممرضون مثلهم مثل المؤسسات من التغييرات المستمرة، ولكنهم مضطرون لتصميم عمليات تغيير مستقبلية لتحقيق التفرد والخبرة في مساعدة المرضى، والاستجابة للمشكلات الصحية الحالية والمحتملة. ولدى الممرضين، وخاصة هؤلاء الذين يعملون بالمناصب الإدارية الفرصة لتغيير الأنظمة التي ظلوا يشتكون منها.

نظريات التغيير

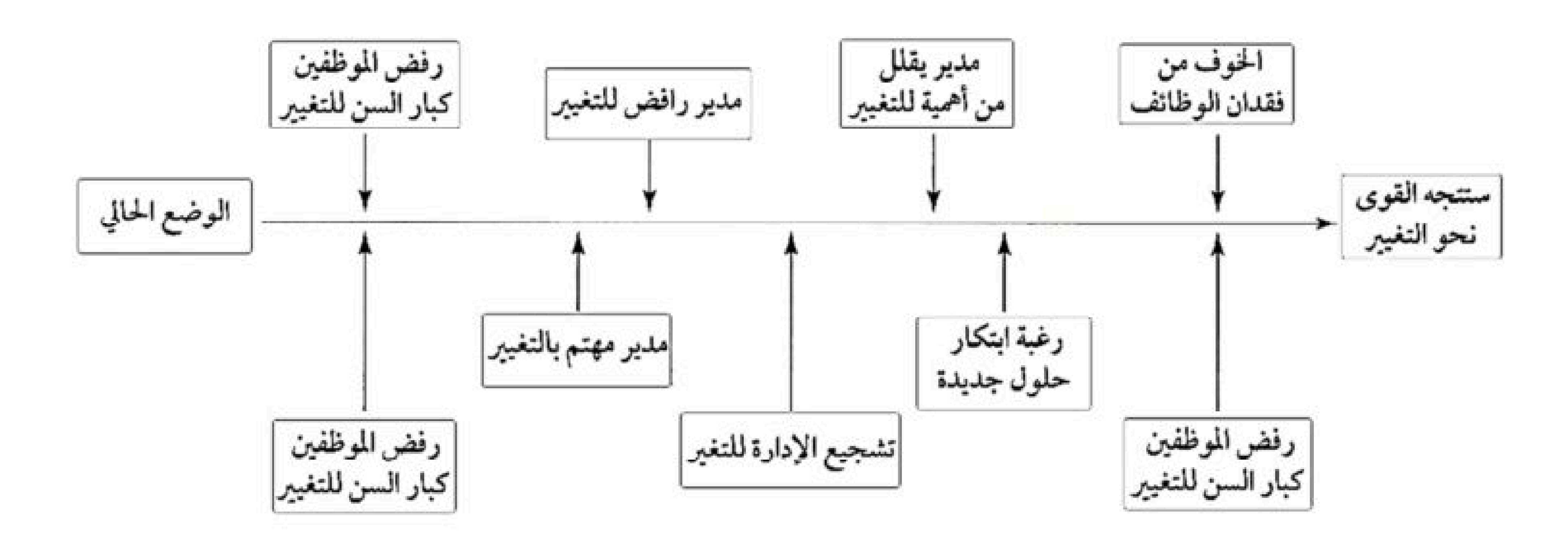
من المفيد التعرف على كيفية طرح مبادرات التغيير وكيفية إدارتها. وتفسر خمس نظريات عملية التغيير من منظور فسيولوجي اجتماعي. انظر الجدول ٥-١.

وقد اقترح لوين (Lewin, 1951) نموذج حقل القوة –كما هو موضح في الشكل ٥-١ –، حيث يعرف هذا النموذج السلوكيات على أنها ميزان القوى الديناميكية الذي يوازن بين الاتجاهات المتضادة لحقل القوة (المؤسسات). وتسهل القوى الدافعة من عملية التغيير، لأنها تدفع الشركاء إلى الاتجاه المرغوب فيه. أما القوى المقيدة فهي تعوق عملية التغيير لأنها تدفع الشركاء إلى الاتجاه العكسي.

ولتخطيط عملية التغيير، يجب تحليل هاتين القوتين أولاً، ثمَ محاولة توجيه التوازن نحو الاتجاه المشجع لعملية التغيير، وذلك من خلال اتباع ثلاث خطوات هي: إذابة الجليد (unfreezing)، والتحرك (moving)، وإعادة التجميد (refreezing). ويحدث التغيير نتيجة لإضافة قوى جديدة، أو تغيير اتجاه القوى الحالية، أو تغيير أهمية أي من القوى. وتهدف إستراتيجيات التغيير إلى تعظيم القوى الدافعة أو تقليل القوى المقيدة لعملية التغيير، أو القيام بالعمليتين في نفس الوقت.



القوة المقيدة



القوة الدافعة

الشكل (٥-١) نموذج لوين

وقد قام ليبيت وعدد من الزملاء (Lippitt and colleagues, 1958) بتطوير نظرية لوين فأضافوا أربع مراحل أخرى على عملية التغيير، ليصبح عدد خطوات هذه العملية سبع خطوات. وركزت نظريتهم على الممارسات التي يجب على وكلاء التغيير القيام بها (انظر الجدول ٥-١). وقد أكدوا على ضرورة مشاركة الأعضاء الرئيسين للنظام في عملية تخطيط التغيير. وتعد مهارات التواصل، وبناء الصلات، وإستراتيجيات حل المشكلات هي ركائز أساسية للمراحل السبع التي تقترحها هذه النظرية.

أما هافلوك (Havelock, 1973) فقد طور من نظرية لوين، حيث قام ببناء ست مراحل لعملية التطور. وأكد هافلوك على أهمية المشاركة في تخطيط عملية التغيير.

الجدول (٥-١) مقارنة بين نماذج التغيير

لوين	ليبيت	هافلوك	روجرز	بروتشاسكا وديكليمنت
خطوات التغيير هي: ١-إذابة الجليد ٢-التحرك ٣-إعادة التجميد	خطوات التغيير هي: ١-تحديد المشكلة ٢- إيجاد حافز التغيير ٣-تقييم موارد وكيل التغيير ٤-اختيار أدوات التغيير ٥-تحديد دور وكيل التغيير ٦-تنفيذ التغيير ٧-إنهاء العلاقات المساعدة	خطوات التغيير هي: ١-بناء العلاقات ٢- إيجاد المشكلة ٣-توفير الموارد ٤-اختيار الحلول ٥-تحفيز الآخرين ٦-التثبيت وإعادة التجديد	خطوات التغيير هي: ١-المعرفة ٢-الإقناع ٣-القرار ٤-التنفيذ ٥-التأكيد	خطوات التغيير هي: ١-البحث ٢-الدراسة ٣-الإعداد ٤-الفعل ٥-التنفيذ

وتعمق روجرز (Rogers, 2003) في عملية التغيير أكثر مما فعل لوين وليبيت وهافلوك (انظر الجدول ٥-١). إذ بنى نموذجاً من خمس مراحل توضح كيفية اتخاذ قرار التغيير، حيث يبدأ التغيير من مرحلة التعريف المبدئي لفكرة التغيير، وينتهي بإصدار القرار النهائي سواء بالرفض أو القبول. ويوضح هذا الإطار الطبيعة المتقلبة لعملية التغيير: حيث قد يتبنى الشركاء فكرة أو اقتراح ما، ثم يعدلون عن رأيهم بعد ذلك، والعكس، فقد يرفض الشركاء فكرة ما، ثم يقومون بتبنيها في وقت لاحق. ويعد هذا التقلب مفيداً في بعض الأحيان، حيث إذ لم يتمكن وكيل التغيير من تطبيق فكرته أو اقتراحه فإن هذا لا يعني موت هذه الفكرة، بل يمكن أن يعيد طرحها في شكل جديد أو في وقت مناسب أكثر.

وأكد روجرز على وجود فئتين مؤثرتين في عملية تخطيط التغيير وهما: الأفراد الرئيسون (المؤثرون) وصانعو السياسات، حيث يجب أن تشارك الفئتان في عملية الابتكار ومرحلة تنفيذ هذا الابتكار. وأثبت اروين (Erwin, 2009) أهمية التزام الإداريين بفكرة التغيير حيث إن قابلية إنجاح التغييرات التنظيمية للمستشفيات تزداد مع تواجد طاقم من الإداريين الملتزمين بفكرة التغيير.

واقترح بروتشسكا وديكليمنت Prochaska and DiClemente (2005) نموذجاً لتغيير السلوكيات مبنياً على خمس مراحل متتابعة، يعتمد أساسًا على رغبة الفرد واستعداده في تنفيذ التغيير.

عملية التغيير

يتبع التغيير نفس مسار عملية التمريض المتمثلة في: التقييم، والتخطيط، والتنفيذ، والمتابعة. (انظر الجدول ٥-٢)

الجدول (٥-٢) خطوات عملية التغيير

١. تعريف المشكلات أو الفرص.
٢. جمع البيانات والمعلومات.
٣. تحليل البيانات.
٤. رسم خطة التغيير، وتحديد الجدول الزمني والموارد المتاحة.
٥. تحديد المؤيدين والمعارضين للتغيير.
٦. بناء تحالف مع المؤيدين.
٧. تجهيز الآخرين لعملية التغيير.
٨. التعامل مع المقاومة بحزم.
٩. طريقة إعلام الآخرين بخطوات التغيير
١٠. تقييم عملية التغيير، وإذا أثبتت جدارتها ثبّتت هذه العملية.

تقدير الوضع

تعد هذه المرحلة من أهم مراحل التغيير لسببين، هما: أهمية جمع البيانات وتحليلها، وأهمية طرح أفكار جديدة ومفيدة لتغيير الوضع القائم.

تعريف المشكلات أو الفرص

غالباً ما يتم الاتجاه للتغير من أجل القضاء على الاختلاف بين الوضع المرغوب فيه والوضع الحالي، حيث تظهر الاختلافات بسبب المشكلات المعوقة للوصول إلى الأهداف أو لأنه قد تم استحداث أهداف جديدة.

وتتغير الفرص مثلما تتغير المشكلات. ويجب التعرف عليها بشكل واضح، فإذا فهم الأفراد الوضع الحالي بشكل مختلف، فإن عملية البحث عن الحلول تصبح معقدة ومتضاربة.

وتبدأ عملية تخطيط التغيير بطرح الأسئلة الصحيحة مثلاً:

١. أين نحن الآن؟ وما العمل الاستثنائي الذين نقوم به؟ وكيف يجب أن يكون عملنا؟
٢. كيف يمكن أن نؤدي عملنا بطريقة مختلفة، وتجنب ما يقوم به منافسونا؟
٣. ما الحافز القائد لمنظمتنا؟ وما الذي يحدد كيفية اتخاذ القرارات النهائية للمؤسسة ؟
٤. ما الذي يمنعنا من سلوك الاتجاه الذي نرحب بالوصول إليه؟
٥. ما نوع التغيير المطلوب؟

ويتولد سؤال التفكير التكاملي حول آثار التغيير المحتملة على نظام المؤسسة. وتتطلب عملية تغيير المؤسسة القيام بتحسينات في مكونات النظام التفاعلية مثل: التكنولوجيا، والهيكل والأشخاص.

ويمكن تغير التكنولوجيا الحديثة من هيكل عمل المؤسسة ، إذا ما تمت إضافة خدمات جديدة ، كما تتغير العلاقات بين الأشخاص العاملين تبعًا لتغير النظام بعد إتمام تغير الهيكل. وقد غيرت كاميرات المراقبة، والهواتف النقالة، وبطاقات الدخول المغناطيسية ، وشفرة التعرف، وتكنولوجيا الاتصالات والشبكات الاجتماعية من بيئة الرعاية الصحية، فارضة بذلك قواعد وقوانين جديدة، وهياكل جديدة، ووسائل تمويل جديدة، كما أدت التكنولوجيا إلى تغيير احتياجات طاقم العمل، وحوافز وسلوك ومعرفة ومهارات العاملين بالمؤسسة.

جمع البيانات

بمجرد أن يتم تعريف المشكلة أو الفرصة بشكل جيد، يقوم وكلاء التغيير بجمع البيانات الداخلية والخارجية للنظام. وتعد هذه الخطوة حاسمة ومحددة لمدى نجاح عملية تخطيط التغيير. ويجب تحديد وتعريف كل القوى المقيدة والدافعة للتغير، وذلك من أجل تحفيز القوى الدافعة، والتقليل من القوى المقيدة، كما يعد من الحتمي التعرف على النبض السياسي من خلال الإجابة عن أسئلة مثل: من سيستفيد من التغيير، ومن سيخسر، ومن لديه قوى أكثر، ولماذا؟ وهل يمكن تغيير اتجاه تلك القوى؟ وكيف؟.

ويتم تقييم المناخ السياسي المحيط من خلال اختبار الأسباب الخالقة للوضع الراهن. من بالسلطة يستفيد الآن؟ حيث إنه من المفيد تقييم شخصية والتزام وتفضيلات الأفراد في أثناء هيكلة وبناء المؤسسة، وذلك من أجل قياس العوائق المحتملة لعملية التغيير.

تعد تكاليف وفوائد التغيير المقترح قيد التنسيق بين الفئات المختلفة. ويجب تقييم حجم الموارد ، خاصة تلك التي يتحكم فيها المديرون، حيث يحصل المدير الذي يتمتع باحترام وتأييد طاقم تمريض ممتاز على الموارد بشكل أفضل.

تحليل البيانات

بالرغم من أهمية نوع وكمية ومصادر البيانات إلا أنها لا تكون مفيدة على الإطلاق إذا لم يتم تحليلها، ولهذا على وكيل التغيير تركيز مجهوده على تحليل البيانات وتلخيصها، بدلاً من أن يضيع طاقته على تجميع البيانات فقط. وعلى وكيل التغيير أن يخفض من القوى المقيدة، ومعرفه الحلول والإستراتيجيات المحتملة، وتحديد نقاط التوافق وبناء سيناريو العمل ببديل معين.

وبالنسبة للمستشفيات غير الطالبة للربح التي تريد الحصول على الشهادات الجاذبة، فإنه يجب عليها تحسين معايير الرعاية والكفاءة وسلامة المرضى، وذلك في كل خدمة تقدمها. ففي مركز جراحة العيادات الخارجية وجد أن الخدمات التحضيرية لما قبل العملية غالباً ما تكون بطيئة وغير فعالة، ولهذا أصبح من مسؤولية ممرضي هذا المركز إيجاد طرق للوصول إلى الفاعلية.

التخطيط

يعد تخطيط مَن وكيف ومتى الخطوة الأساسية لعملية التغيير. فمن الضروري التخطيط للنظام الذي سيقوم عليه التغيير، وتحفيز أعضاء هذا النظام ليكونوا شركاء فعالين في عملية التخطيط، حيث إنَه كلما زادت من مشاركة هؤلاء الأعضاء في هذه المرحلة من التغيير، ستقل المقاومة للتغير. وفي هذه المرحلة يجب أن ينطبق تخيل لوين لمفهوم إذابة الجليد، حيث يصبح من إلهام تعريف وتقريب عادات وسلوك وأنماط تفكير أعضاء النظام من أجل إعدادهم للتفكير والسلوك الجديد، فيجب إذابة كل الحواجز قبل أن تبدأ عملية بناء النظام الجديد.

وتعد هذه المرحلة مناسبة من أجل زيادة ضيق الأعضاء من الوضع الحالي، عن طريق غرس أسباب عدم راحة الأفراد، التي منها نشر معلومات جديدة تشعرهم بعدم الرضا من الحاضر وزيادة رغبتهم في حدوث تغيير. وتأتي هذه المعلومات من مرحلة جمع البيانات السابقة ومنها : البيانات الكمية، ونتائج الأبحاث، واستطلاعات رأي طاقم العمل، أو الدراسات الإقصائية لإرضاء المرضى. كما يجب تقديم فكرة التغيير بشروط توافقية بأقصى درجة ممكنة وتقليل القلق من المرحلة المستقبلية للتغيير.

وعلى المديرين أن يقوموا بتخطيط الموارد التي تحتاجها عملية التغيير، وتطوير إمكاناتهم لتقييم مدى نجاح وتقدم العملية. ويعد بناء نقاط تحكم مع أعضاء مسؤولة عن تقييم نتائج التغيير، والعمل معهم لوضع أهداف محددة بإطار زمني أمرًا مهمًا. أيضًا يجب تطوير مؤشرات العمل لتكشف عن مدى نجاح أو فشل الأداء، ومدى قربه أو بعده عن إرضاء المشاركين.

وبما أنه قد تحمل ممرضو مركز جراحة العيادات الخارجية مهمة التغيير، قام ثلاثة ممرضين بتصميم رسم بياني لكيفية تطبيق عملية التغيير، وقدموا هذا الرسم للإداريين الذين منحوهم مسؤولية تنفيذ العملية.

التنفيذ

تصبح الخطط في هذه المرحلة قيد الإنشاء (مرحلة التحرك عند لوين). وتكون التدخلات في هذه المرحلة من ضروريات اكتساب امتثال الأعضاء للتغير، فيحاول وكيل التغيير خلق مناخ داعم للتغير، ويبث الطاقة في نفوس باقي الأعضاء، ويكسر القيود. وغالباً ما يلعب المديرون دورًا رئيساً في عملية التغيير. قد تستهدف بعض الأنماط تغيير الأفراد العاملين بالمؤسسة، وقد يستهدف البعض تغيير المجموعات.

أساليب تغيير الأفراد

يعد الكشف عن المعلومات أحد أكثر الأساليب شيوعًا في تغيير توقعات وسلوك وقيم الأفراد، حيث يعد تقديم المعلومات شرطًا أساسيا لتنفيذ التغييرات، ولكنه يصبح غير ضروري إذا لم يكن نقص المعلومات عائقًا أمام تغير الأفراد.

ويعد التدريب أيضًا أحد أساليب تغيير الأفراد، ويصبح مكملاً لعملية الكشف عن المعلومات، حيث يساعد الأفراد في التعرف على الكيفية التي يعملون بها بداخل النظام الجديد، ولكنه لا يقدم لهم كيفية تغير النظم. وبذلك يعد التدريب إستراتيجية للمساعدة على الوصول للتغيير المخطط له، بدلاً من اعتباره ميكنة لأحداث التغيير.

ويعد نقل المعارضين، أو إبعادهم، أو اختيار أفراد آخرين إحدى الطرق للتقليل من المعارضة أمام التغيير. وعندما يمنح مؤيدو عملية التغيير السلطة والمسؤولية لإحداث التغيير، فإن قدرتهم وحماستهم تقود الأفراد نحو تقبل وتأييد التغيير، كما أنَ إبعاد أو نقل المعارضين من المؤسسة يؤثر إيجابياً على نجاح عملية التحول.

طرق تغيير المجموعات

قد تستخدم بعض الأساليب مثل تغيير المجموعات لإحداث التغيير. وتعتمد قدرة المجموعة في تحفيز أعضائها للتغيير على مدى سلطتها في تنفيذ عمل ما وعلى مدى أهمية هذا العمل. ويمكن خلق الحافز للتغيير عندما تناقش المجموعة الأمور التي تم تداركها كأمور مهمة ومرتبطة بعمل المجموعة، وأيضًا عندما يتم طرح قرارات ملزمة في هذه المناقشات. وتزيد فاعلية تطبيق التغيير التنظيمي عندما يشعر أعضاء المجموعة بأن وظائفهم ذات طبيعة متقاربة.

هذا ويمكن الجمع بين طرق تغيير الأفراد وطرق تغيير المجموعات، وفي أي نهج يتبع يجب أن يشعر المشاركون بمدى أهمية العملية التي يقومون بها، و مكافأتهم على مجهوداتهم. ولكن بعض الناس لا يقتنعون بسهولة إلا إذا كان تطبيق جزء من التغيير مفيداً لهم، حيث يتغير السلوك أحياناً أو لا يتغير، ثم يتم تغيير المواقف لتتناسب مع السلوك الجدي، ولهذا فعلى وكيل التغيير أن يدرك تماماً اختلافات الشركاء، والطريقة التي يكافئهم بها عندما يتغير سلوكهم. وتحتاج المواقف بعض الوقت حتى تلحق بتغير السلوك.

يبدأ ممرضو المركز الجراحي بالعمل مع مكاتب الأطباء، وشركات التأمين، وأقسام المستشفيات الأخرى ، من أجل الاتفاق والعمل على عملية تغيير خدمات التحضير للعمليات.

التقييم

تقييم الفاعلية

حيث تتم مراقبة مؤشرات العمل التي تم بناؤها في كل نقطة تحكم. وعلى وكيل التغيير أن يحدد ما إذا كانت الفوائد متحققة من المنظور المادي والكمي، ويعرف إلى أي مدى يعد التغيير ناجحًا أو فاشلاً. هذا وقد تظهر بعض النتائج غير المقصودة والمخرجات غير المرغوب فيها .

تثبيت التغيير

تأتي هذه المرحلة بعد الوصول إلى النظام المرغوب فيه وإعادة تجميده. ويقوم وكيل التغيير بإنهاء العلاقات المساعدة بين أعضاء الفريق عن طريق تفويض المسؤوليات لهم. وغالباً ما يستمر الاحتياج إلى دور وكيل التغيير كباعث لطاقة التغيير بين الأعضاء، وذلك من أجل الحفاظ على السلوكيات الجديدة والإيجابية للمشاركين.

في خلال ثلاثة أشهر، حقق قسم الخدمات التحضيرية للعمليات انخفاضاً في نسبه إعادة الفحوصات الطبية بنسبة ٩٠٪، وانخفاضاً في فترة انتظار المرضى بنسبة ٥٠٪، وزيادة إرضاء الأطباء بنسبة ٨٠٪.

إستراتيجيات التغير

يجب اتباع أربع الخطوات السابق ذكرها بغض النظر عن الغرض من التغيير، ولكن يمكن اتباع إستراتيجيات مختلفة للوصول إلى التغيير المطلوب، وذلك حسب مدى قوة المقاومة للتغير ومدى قدرة وكيل التغيير على إحداث التغيير.

إستراتيجيات القوى القهرية (Power-Coercive Strategies)

تعتمد إستراتيجيات القوى القهرية على استخدام القوة من خلال السلطة الشرعية، والعقوبات الاقتصادية والنفوذ السياسي، حيث يحدث التغيير من خلال قانون أو سياسة أو قوى مالية. ويقوم مالكو السلطة بتحفيز وتنفيذ التغيير من خلال خلق سياسات جديدة، أو تقييد الميزانيات، بينما لا يملك الآخرون الوعي للتعرف على التغييرات الحادثة، حتى وإن كانوا على وعي بهذه التغييرات، فإنهم لا يستطيعون التأثير عليها. ويعد قانون إصلاح الرعاية الصحية أحد أمثلة إستراتيجيات القوى القهرية التي تتبعها الحكومة الفيدرالية.

وتعد هذه الإستراتيجية مفيدة في حالة عدم القدرة على الوصول لتوافق بين الأفراد، بالرغم من الجهود المبذولة لتحقيق هذا التوافق، كما تعد إستراتيجية مهمة في حالة تواجد مقاومة عالية ضد التغيير، الذي يعد حيوياً لإبقاء المؤسسات عاملة.

نموذج التطبيق العقلاني (Empirical–Rational Model)

تعتمد إستراتيجية نموذج التطبيق العقلاني على القوة الكامنة في المعرفة. فيفترض النموذج أن الأفراد لديهم الإدراك والرشاد الكافي الذي يمكنهم من اتباع مصالحهم الشخصية، وذلك في حالة توضيح هذه المصالح الشخصية. ويفترض النموذج أيضًا أن وكيل التغيير لديه المعرفة ولديه القدرة على إقناع الآخرين بتقبل أهمية التغيير العقلاني الذي سيعود عليهم بالنفع.

وينتقل تيار الرغبة في التغيير من هؤلاء الذين يعرفون إلى هؤلاء الذين لا يعرفون، وبهذا يتم ابتكار ونقل ونشر الأفكار الجديدة بين جميع الأفراد. ويقوم الأفراد المتعلمون والعقلانيون بقبول أو رفض التغيير وفقاً لمزاياه ونتائجه. وتعد إستراتيجية التطبيق العقلاني فعالة في حالة عدم تواجد مقاومة عالية ضد التغيير.

ويمكن استخدام الأبحاث والتكنولوجيا القليلة التكاليف عند تطبيق هذه الإستراتيجية، حيث تصبح التكنولوجيا الجديدة وسيلة الاستعمال، وموفرة لوقت الممرض وتحسن من جودة الرعاية وأكثر تقبلاً من قبل الممرضين، وذلك بعد إخضاعهم للتدريب والتعليم بكيفية استعمالها، ويعد استخدام شفرة التعرف للتعرف على الأدوية المقدمة للمرضى أحد أمثلة هذه التكنولوجيا.

ويقوم وكيل التغيير بقيادة عملية التغيير، بينما تقل الحاجة لمشاركة الأعضاء في المراحل الأولى للتغيير، ولكن أهميتهم تزداد في مرحلتي التقييم وتثبيت التغيير. وتعد الفوائد العائدة من عملية التغيير على طاقم العمل وتحسين خدمات المرضى من أهم القوى الدافعة للتغيير.

إستراتيجية التثقيف المركزة (Normative–Reeducative Strategies)

تعتبر إستراتيجية التثقيف الموجه الوجه الآخر لإستراتيجية التطبيق العقلاني، حيث تعتمد الأولى على فرضية أن الأفراد يتصرفون وفق القيم والمبادئ المجتمعية. وتعد المعلومات والحجج العقلية أساليب غير فعالة للتأثير على تصرفات الأفراد، ولهذا على وكيل التغيير أن يركز على محددات السلوك المعروفة. وتؤثر أدوار وعلاقات وتوجهات ومشاعر وتصرفات الأفراد على مدى تقبلهم للتغيير.

وتعد القوى المؤثرة للتغيير هي العلاقات الشخصية، وليست المعرفة أو السلطة، حيث لا يستعمل وكيل التغيير القهر أو نقص المعلومات كمؤثر لعملية التغيير، بل يركز على قوى التعاون، ولهذا يشارك جميع أعضاء النظام المستهدف في عملية التغيير. وغالباً ما يتم التعامل مع صراعات النظام وطرحها للمناقشة في أثناء عملية التغيير.

وتناسب إستراتيجية التثقيف المركزة احتياجات مجال التمريض والرعاية الصحية للمناخ الابتكاري في حل المشكلات. وغالباً ما يجد الممرضون راحة أكثر في التعامل مع هذا النموذج، وذلك بسبب معرفتهم بالعلوم السلوكية ومهاراتهم التواصلية. ويعد التحول من نظام التمريض التقليدي إلى الإدارة الذاتية، أو إنشاء نظام لمتابعة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى بالمنازل من أمثلة التغيير التي يمكن تطبيق نموذج التثقيف المركز عليها.

وتعد إستراتيجية التثقيف المركزة فعالة في تقليل المقاومة وتحفيز الابتكارات الشخصية والتنظيمية. ولكن عيوب هذه الإستراتيجية تكمن في الوقت الذي يستغرقه مشاركو المجموعات في عملية التغيير، والوقت المستغرق لإزالة المقاومات. وتعد هذه الإستراتيجية مناسبة إذا وُجِد الوقت الكافي لإجراء التغيير، وعندما يكون التوافق أمراً أساسياً لهذه العملية.

مقاومة التغيير

تحدث المقاومة ضد التغيير بسبب عدة عوامل منها: انعدام الثقة، والخوف من الفشل، والاهتمام بالوضع الحالي، وفقدان الدخل، وسوء الفهم، والاعتقاد بعدم جدوى التغيير في تحسين الوضع الحالي (Yukl, 2009: Hellriegel, Jackson,& Slocum, 2007). وفي الواقع فإن عدم ظهور مقاومة بشكل واضح قد يصبح مؤشرًا على عدم أهمية التغيير.

وقد يقاوم الموظفون عملية التغيير بسبب رفضهم وعدم تقبلهم للشخص المقدم والمنفذ لفكرة التغيير، أو لأنهم لا يثقون في عملية التغيير. وغالباً ما يتعامل المديرون بشكل مستمر مع التغيير، سواء كانوا هم من أطلقوا فكرة التغيير، أو إذا كانت المؤسسة هي التي طرحت الفكرة.

وتختلف درجات المقاومة من القبول الكامل إلى المقاومة الكلية، وقد عرف روجرز (Rogers (2003 ستة أنواع للاستجابة لعملية التغيير هي:

١. المبتكرون يشجعون على التغيير ويحبونه.
٢. أن يكون الأفراد الأصليون للمؤسسة متقبلين لفكرة التغيير.
٣. الأغلبية تفضل الوضع الحالي، ولكنهم في النهاية يتقبلون فكرة التغيير.
٤. الأغلبية تكون رافضة للتغيير، ولكنهم يغيرون أفكارهم مع بدء الآخرين بتقبل التغيير.
٥. المتواكلون يرفضون التغيير، ويعادونه.
٦. الرافضون يعارضون بشدة، وقد يخربون عملية التغيير.

وعلى وكيل التغيير أن يتوقع ويبحث عن المقاومة، حيث إنها قد تظهر بشكل غير متوقع. ويمكن معرفة المقاومة عند سماع الجمل الآتية:

- لقد جربنا هذا من قبل.
- لن تنجح.
- ما من أحدٍ يقوم بهذا الأمر.
- لقد كنا نفعل ذلك طوال الوقت.
- لا نستطيع تحمل النفقات.
- لا نملك الوقت لذلك.
- سيحدث ذلك ضجة كبيرة.
- لن تستطيع تمرير القرارات.
- لننتظر قليلاً.
- كل مدير جديد يريد القيام بشيء جديد.
- لنؤسس فريقاً يقوم بدراسة ذلك، ضعه على الأجندة.

ويجب توقع المقاومة والاستماع إلى من يقول: ماذا، ومتى، وفي أي ظروف؟ وهذا يسهل التعامل مع المعارضين الظاهرين عن المعارضين المنغلقين على أنفسهم. ويجب البحث عن علامات المقاومة غير الشفهية، مثل عادات العمل الضعيفة وانخفاض الرغبة للتغيير.

وتساعد المقاومة في تجنب ما هو غير متوقع، حيث إنها تجبر وكيل التغيير على البحث عن المعلومات، وإبقاء اهتمامه بالتغيير عالياً، وتحديد مدى ضرورة التغيير. كما أنَ المقاومة تجذب الانتباه تجاه المشكلات المحتملة، وتشجع وكيل التغيير في البحث عن أفكار جديدة لحلها. وتعد المقاومة محفزاً بنفس القدر الذي تعد فيه قوى يجب مواجهتها، حيث إنها تحفز الفريق للقيام بعمل جيد. وقد يسفر ذلك عن عدم الحاجة إلى التغيير بعد الوصول إلى درجات عالية من الأداء.

ومن ناحية أخرى قد لا تكون المقاومة دائمًا مفيدة، خاصة إذا استمرت بالتواجد خلال مرحلتي التخطيط والتنفيذ، حيث تؤدي إلى إحباط المؤيدين، وتوجيه كل طاقة النظام من تنفيذ التغيير إلى التعامل مع المعارضين.

ويمكن اتباع الخطوات التالية للتعامل مع المقاومة:

١. تحدث إلى هؤلاء الرافضين للتغيير، وتعرف على أسباب معارضتهم.

٢. توضيح المعلومات وتوفيرها بشكل دقيق.

٣. كن منفتحاً لكل المراجعات وحدد أيها يجب أن يظل.

٤. عرف الآثار السلبية للمعارضة (مثل تهديد بقاء المؤسسة، وتقليل جودة الخدمات المقدمة للمرضى).

٥. التأكيد على الآثار الإيجابية للتغيير، والكيفية التي يستفيد منها الفرد أو المجموعة، ولكن لا تهدر كثيرًا من الوقت والطاقة في تحليل الأسباب المنطقية للتغيير، ومخاطر المعارضة له، حيث إن معارضة الأفراد غالباً ما تكون لأسباب غير منطقية.

٦. صل بين المؤيدين والمعارضين وجهًا لوجه، وشجع المؤيدين في التأكيد على أهمية التغيير للمعارضين، وقيامهم بتقليل مخاوفهم وتقبل اعتراضاتهم.

٧. اخلق مناخًا للثقة والتأييد.

٨. تحويل الاهتمام إلى اضطرابات أخرى، حيث يمكن للطاقة أن تتحول إلى مشكلة أخرى داخل النظام، وهو ما يشتت من المقاومة، كما يمكن تحويل الاهتمام إلى المخاطر الخارجية مثل المنافسة، أو السياسات الحكومية المقيدة مما يجعل الأفراد بالمؤسسة يتوحدون لمواجهة هذه المخاطر.

دور الممرض

طرح فكرة التغيير

على عكس الفكر الشائع فإن أغلب عمليات التغيير لا تطرحها المستويات العليا للإدارة (Yukl, 2009) حيث إنها غالباً ما تكون في شكل مبادرات أو طرق لحل المشكلات الجديدة. وقد أكد (Weiner ; Amick and Lee, 2008) أن مدى استعداد المؤسسة لعملية التغيير هي المحدد الرئيس لإطلاق مبادرات التغيير. وقد يعتقد طاقم التمريض أنهم غير قادرين على طرح أفكار التغيير، ولكن هذا غير حقيقي.

يعاني أغلب ممرضي الرعاية المنزلية من عدم حصولهم على المعدات اللازمة لرعاية المريض وذلك في أثناء المرة الأولى لمقابلتهم إياه، ولهذا قام فريق من الممرضين برسم خريطة لأكثر الأدوات شيوعًا في الاستخدام عند زيارتهم للمرضى بالمنازل. وقد تم إعطاء كل ممرض صندوق بلاستيكي يضع فيه المعدات اللازمة بداخل سيارته. وأدى ذلك إلى تقليل معاناة الممرضين وزيادة فاعلية الوقت.

قد يقاوم المديرون فكرة التغيير، وقد يكون ذلك بسبب الخوف من عدم مشاركة الآخرين لهذه الفكرة، والخوف من الفشل، وتذكر المحاولات الفاشلة السابقة ، وعزوف الممرضين.

ويعد التغيير أمراً غير سهل، ولكنه مهارة إجبارية يجب أن يمتلكها المديرون. ويمتلك وكيل التغيير الناجح عدة صفات يمكن تنميتها وزيادتها مع الممارسة وهي:

- القدرة على الربط بين الأفكار الآتية من مصادر مختلفة.
- القدرة على بث الطاقة داخل نفوس الأفراد وإبقائهم مهتمين بالتغيير.
- علاقات إنسانية عالية: مهارات اتصال شخصية متطورة، ومهارات إدارة المجموعة، ومهارات حل المشكلات.
- التفكير التكاملي: الإبقاء على الصورة الأصلية والأكبر عند التعامل مع الأجزاء المختلفة للنظام.
- المرونة في تعديل الأفكار، وتطوير فكرة التغيير، والقدرة على مقاومة الأعمال غير المفيدة في أثناء القيام بعملية التخطيط للتغيير.

- الثقة وعدم سهولة التعرض للإحباط.
- التفكير الواقعي.
- الجدارة: سجل حافل بالنجاحات مع عمليات التغيير السابقة.
- القدرة على التعامل مع الرؤى الجديدة والتفكير المتنوع.
- القدرة على التعامل مع المقاومة.

وتعد الطاقة أمراً ضرورياً للقيام بالتغيير وتستمد الطاقة من القوى المختلفة: القوة المعلوماتية، القوة الوظيفية أو الخبرة، حيث يتم استعمال هذه القوى في إقناع الآخرين بفكرة التغيير.

وللوصول للقوة القصوى يمكن اتباع الإستراتيجيات الآتية:

١. تحليل الشكل التنظيمي، والتعرف على الخطوط الرسمية للسلطة وغير الرسمية.

٢. تعريف الأفراد الرئيسين القادرين على التأثير في عملية التغيير.

٣. التعرف على الأفراد الرئيسين وتحديد نقاط ضعفهم، ونقاط اهتماماتهم والذي يحفزهم أو لا يحفزهم .كما يجب تحديد أجندتهم الشخصية، وأجندتهم الخاصة بالعمل في المؤسسة، ومن يتحالف مع من لأخذ قرارات مهمة.

٤. ابدأ ببناء تحالف دعم قبل البدء في عملية التغيير. حدد الأفراد الذين سيتأثرون بالتغيير، وابدأ بالحديث معهم للتعرف على الاعتراضات المحتملة لفكرة التغيير، وتعرف على العوائد والتكاليف المترتبة على عملية التغيير بالنسبة لهم خاصة، والمتعلقة بالشروط السياسية، كما يجب التعرف على مدى إمكانية تغيير الفكرة لتصبح متقبلة أكثر من قبل الأفراد، مع المحافظة على النتائج المرغوب الوصول إليها من خلالها.

٥. اتبع السلسلة التنظيمية في مقابلة الإداريين والمديرين ولا تتخطَ أحدًا لتجنب رفض الفكرة

وتساعد هذه المعلومات في تطوير الفكرة لتصبح قابلة للتسويق أكثر أو على الأقل تحديد المقاومة المحتملة. كما تعد البداية العامة لمرحلة جمع المعلومات ويجب جمعها بشكل محدد بمجرد الانتهاء من تشكيل أي فكرة.

وبالرغم من أن القاعدة الأساسية هي "لا تقم بتغيير كبير في وقت قصير"، فإن المدير المخضرم هو من يختار الوقت الصحيح من أجل تحقيق التناسب بين عملية التغيير والنبض السياسي. مثلاً، المدير يقوم بإزالة تجميد النظام خلال فترة بناء التحالفات والاهتمامات، بينما تكون المقاومة ضعيفة وغير مؤسسة.

ويمكن وقف المشروع إذا كانت المقاومة عالية، أو تمكنت من زيادة حلفائها. وفي هذه الحالة يجب تخفيض المقاومة لأنها إذا استمرت سيحدث أحد الأمرين الآتيين:

١. لن ينطبق التغيير، وبالتالي يحتاج إلى تعديلات ليستطيع مواجهة المقاومة (التسوية).
٢. يعد التغيير قابلاً لمواجهة المقاومة ولكنه يجب أن يطبق بسرعة، ويجب التغلب على المقاومة.

التنفيذ

بالإضافة إلى طرح مبادرة التغيير، فإن الممرضين ومديري التمريض يمكن أن يساعدوا في عملية التغيير بطرق شتى، حيث يمكن أن يشاركوا في عملية التخطيط، ونشر المعلومات مع زملاء العمل، أو المساعدة في إدارة عملية التحول.

تخطيط عملية التغيير

لقد قام أحد المستشفيات الجاذبة بإشراك كافة ممرضيه بعملية التخطيط لتحسين مستقبل التمريض الإكلينيكي بالمؤسسة (Capuano *et al.*, 2007) فقام بإعداد اجتماعات لتجميع الأفكار والآراء، وكان للكل سواء كانوا الممرضين أو المديرين أو الإداريين – نفس القوة التصويتية لقبول أو رفض فكرة التغيير . ويعد هذا مثالاً لإستراتيجية التثقيف المركزة للقيام بالتغيير.

إدارة عملية التحول إلى التغيير

تعد الفترة الانتقالية هي الفترة التي تقع بين الوضع الحالي وبين وقت تنفيذ التغيير (Bridges, 2009). وهي الفترة التي على وكيل التغيير أن يصبح ناشطًا فيها. وكما كانت مرحلة طرح فكرة التغيير صعبة، فإن المرحلة الانتقالية أيضًا صعبة.

وبما أن تغيير الأعمال المريحة التي استمرت لفترة طويلة من الزمان أمر صعب، فإنَه يجب عمل الآتي:

- إضافة أعمال جديدة للأعمال القديمة.
- دع قراراً ما يجب إضافته أو إزالته بيد الأفراد.
- اترك ما قد تم فعله من قبل (Bridges, 2009).

ويجب تقبل الخسارة وتمجيد الماضي، حيث إنَ الرغبة في القيام بالعمل تعتمد على النتائج وليس الأنشطة بغض النظر عن أهميتها أو فاعليتها. فمثلاً، إذا اتبع أحد أنظمة الرعاية الصحية الراغبة في تحقيق الربح نظاماً معلوماتياً جديداً، وبما أن كل المعاملات الورقية التي كان الممرضون يقومون بها سوف يتم تغييرها، فإن الممرضين كلهم على حد سواء سيتأثرون بعملية التغيير، ولهذا فإن مشاركتهم هي التي ستحدد نجاح أو فشل النظام الجديد، ومن أجل المساعدة في تمرير الفترة الانتقالية بسلام، قام الممرضون من كل قسم بعقد اجتماع بينهم من أجل توضيح نظام المعلومات الإكلينيكي الجديد للمستشفى، والتواصل مع فريق الدعم التقني لتعريفهم بالعملية التمريضية، ومدى تكاملها مع النظام الجديد.

دراسة حالة (٥-١)

يعمل بيتر بيسلي مدير تمريض بقسم طب الأطفال بإحدى وكالات الرعاية المنزلية الخاصة. وقد طورت الوكالة أجهزة هوائية تستخدم لتسجيل الزيارات المنزلية التي يقوم بها الممرضون، فبمجرد تسجيل الممرض زيارته لأحد المنازل على الجهاز، يقوم الجهاز بحساب تكاليف الأدوات الطبية المستخدمة. وقد حددت الوكالة فترة زمنية تبلغ ثلاثة أشهر حتى يتعرف كل الممرضين على الجهاز ويقومون باستخدامه في زياراتهم المنزلية.

شارليز راميرز ممرضة متمرسة تعمل بمجال التمريض منذ ١٨ عاماً، وتعمل بوكالة الرعاية المنزلية منذ خمس سنوات. واعتادت شارليز تسجيل التقارير بالطريقة التقليدية المعتمدة على الأوراق. وتعارض شارليز بشدة استخدام الأجهزة الهوائية الحديثة، فتشتكي من صغر الخط وضيق مساحة الكتابة على الجهاز. وفي أحد الاجتماعات صاحت شارليز قائلة بأنها تفضل تقديم استقالتها على استخدام الأجهزة الجديدة.

أما بيتر مدير التمريض فيوافق على رأي شارليز، فهو يكره استخدام تلك الأجهزة، ولكنه في نفس الوقت يدرك مدى كفاءة وفاعلية شارليز، كما يدرك أن الوكالة تجبر موظفيها على استخدام تلك الأجهزة. وبعد حضور ثلاثة اجتماعات إجبارية للتدريب على العمل بالأجهزة الجديدة قالت شارليز لزملائها: "لقد جربنا العمل بأجهزة مماثلة لتلك ولكنها لم تعطِ النتيجة المطلوبة فتعطلت بعد استخدامها بفترة وجيزة واضطررنا للعودة مرة أخرى للتسجيل على الورق بعد ستة أشهر، فلماذا أضيع وقتي على تعلم شيء سوف يتعطل في النهاية؟". وبناء على هذا أصدر المدرب تقريرًا للإدارة يخبرهم فيه أنَ شارليز تشكل إزعاجًا لزملائها وترفض التعلم.

تابع دراسة حالة (٥-١)

اجتمع بيتر شخصياً بشارليز ليتفهم أسباب رفضها الشديد للأجهزة الجديدة. وأوضحت شارليز أنها لا تفهم كيف يمكن للأجهزة الهوائية أن تحسن جودة خدمات الرعاية الصحية. وشرح بيتر أهمية هذا الجهاز، وكيف سيحسن استخدامه من وضع الوكالة، ثم سألها "هل تعانين من أية صعوبة في استخدام الجهاز". واعترفت شارليز أنها لا تستطيع قراءة النص من على شاشة الجهاز، فاخبر بيتر شارليز عن برامج التأمين الصحي الذي تقدمه الوكالة لموظفيها، الذي يشمل دفع تكاليف كشف النظر، والمشاركة في ثمن نظاراتها ،وطمأنها قائلاً: إنه سيطلب من طبيب العيون أن يصمم لها نظارة خاصة لمساعدتها على القراءة من الشاشة، كما اتصل بيتر بفريق الدعم التقني ليسألهم عما إذا كانت هناك طريقة لتكبير الخط، أو لتحسين أوضاع الشاشة.

الدروس المستفادة:

يجب أن يقوم مدير التمريض بالآتي:

١. التحدث بصدق واحترام مع الموظفين الرافضين لفكرة التغيير.

٢. فهم أسباب الرفض.

٣. دعم وطمأنة الموظفين المعارضين للتغيير.

٤. التأكيد على النتائج الإيجابية للتغيير.

٥. إيجاد حلول للمشاكل التي تمنع تنفيذ التغيير.

ثم قد تم اختيار عدد من المرضين ال ممثلين لكل وحدة من أجل تدريبهم على النظام ثم يعود هؤلاء الممرضين إلى وحداتهم لتعليم الأخرين التكنولوجيا الجديدة.

وتوضح دراسة الحالة (٥-١) كيفية قيام أحد مديرى التمريض العامل بوكالة تقديم الخدمات الصحية في المنزل باتباع استراتيجيات التغيير لمواجهة المقاومة.

التعامل مع التغيير المستمر

يحدث التغيير دائمًا، ولكن الأمر الجديد الآن هو أن التغيير المبدئي يثير عدة حركات متتالية للتغيير وذلك في فترة قصيرة نسبيًا (Bridges, 2009) ومن ثم أصبح التغيير هو الأمر الطبيعي وليس الاستثنائي .

وبغض النظر عن موقع المرضين بالمؤسسات، إلا أنهم دائمًا يتعاملون مع التغيير. ويعد نجاح الممرضين في هذا المناخ دالة في مصادرهم الشخصية والبيئة التي يحدث فيها التغيير.

وإذا لم يعجبك الوضع الحالي عليك التفكير في التغيير. ومثلما يقول سكان الغرب عندما يسألون عن المناخ "إذا لم يكن يعجبك اليوم فقط انتظر لغدٍ فإنه سيتغير"

الخلاصة

- تحتاج المؤسسات إلى التغيير لتتمكن من البقاء في بيئة الرعاية الصحية المتغيرة.
- له شركاء رئيسون الممرضون في عملية التغيير.
- يجب على الممرضين اكتساب مهارات وكيل التغيير الجيد.
- تقدم نظريات التغيير الإرشادات والتوجيهات لطرح مبادرة التغيير وتنفيذها
- تشمل عملية التغيير مراحل تقدير الوضع، والتخطيط، والتنفيذ، والتقييم.
- يجب توقع المقاومة ، وتقدير حجمها وطرق مواجهتها
- من الصعب تثبيت وضع المؤسسات الصحية في ظل البيئة المتغيرة المحيطة بها.

أدوات طرح مبادرات التغيير وإدارته:

١. تواصل بصدق واحترام مع الموظفين الرافضين للتغيير.
٢. قدم الدعم وزد من ثقة طاقم العمل، حتى وإن كانوا معارضين لفكرة التغيير.
٣. تعزيز النتائج الإيجابية للتغيير.
٤. حل المشكلات المعوقة للتغيير.
٥. تقبل الوضع بعد تنفيذ مبادرة التنفيذ.

التقويم

١. حدد ما إذا كانت المؤسسة التي تعمل بها تحتاج إلى تطبيق إحدى الأفكار الجديدة لتحسين خدماتها. حدد خطوات التغيير التي تراها مناسبة لوضع مؤسستك.
٢. إذا كنت تدرس في الجامعة، فما أوجه القصور التي تراها وتحتاج إلى مبادرة تغيير؟ كيف ستغير من نظام الجامعة لجعله يقدم خدمات تعليمية أفضل للطلاب؟
٣. هل لديك تجربة للتغيير تمت بمؤسستك مؤخراً؟ ماذا كان رد فعلك عندما علمت بخطة التغيير؟ هل تغير رد فعلك؟ كيف غيرت خطة التغيير من نظام العمل بالمؤسسة؟ وهل كان التغيير ناجحًا.
٤. هل هناك سلوك ترغب في تغييره بالمؤسسة التي تعمل بها؟ وضح كيف ستطرح مبادرة التغيير وكيف تقنع الآخرين بها؟
٥. ما رد فعلك عندما تعلم أنَ المؤسسة التي تعمل بها ستطرح مبادرة للتغيير، هل ستقوم بها ؟

- أحب الأفكار الجديدة، وأنا مستعد لتجربة أمور جديدة.
- يمكنني التجربة، فقد أعجب بالنظام الجديد إذا عملت به.
- أتجنب التغيير دائماً.

٦. تذكر أول مرة تعمل فيها بمؤسسة ما، بماذا شعرت؟ هل شعرت بالخوف والقلق؟ تذكر دومًا أن أغلب الأفراد يشعرون بالقلق من التغيير، وحاول تحديد كيفيه تعاملك مع معارضي عملية التغيير.

المراجع

Bridges, W. (2009). *Managing transitions: Making the most of change.* Cambridge, MA: Da Capo Press.

Capuano, T., Durishin, L. D., Millard, J. L., & Hitchings, K. S. (2007). The desired future of nursing doesn't just happen—engaged nurses create it. *Journal of Nursing Administration, 37*(2), 61–63.

Erwin, D. (2009). Changing organizational performance: Examining the change process. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare, 87*(3), 28–40.

Havelock, R. (1973). *The change agent's guide to innovation in education.* Englewood Liffs, NJ: Educational Technology Publications.

Heath, C., & Heath, D. (2010). *Switch: How to change things when change is hard.* New York: Crown.

Hellriegel, D., Jackson, S. E., & Slocum, J. W. (2007). *Management: A competency-based approach* (11th ed.). Eagan, MN: South-Western.

Holtrop, J. S., Baumann, J., Arnold, A. K., & Torres, T. (2008). Nurses as practice change facilitators for healthy behaviors. *Journal of Nursing Care Quality, 23*(2), 123–131.

Institute of Medicine (2010). The future of nursing: Leading change, advancing health. Retrieved May 24, 2011 from http://www.iom.edu/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health.aspx

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science.* New York: Harper & Row.

Lippitt, R., Watson, J., & Westley, B. (1958). *The dynamics of planned change.* New York: Harcourt & Brace.

MacDavitt, K., Cieplinski, J. A., & Walker, V. (2011). Implementing small tests of change to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 41*(1), 5–9.

McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., & Fetherston, C. (2010). Implementing bedside handover: Strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing, 19*(17–18), 2580–2589.

Nickitas, D. M. (2010). A vision for future health care: Where nurses lead the change. *Nursing Economics, 28*(6), 361, 385.

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In: Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.

Sare, M. V., & Ogilvie, L. (2009). *Strategic planning for nurses: Change management in health care.* Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Weiner, B. J., Amick, H., & Lee, S. D. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: A review of the literature in health services research and other fields. *Medical Care Research and Review, 65*(4), 379–436.

Yukl, G. A. (2009). *Leadership in organizations* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

الفصل السادس

إدارة وتحسين الجودة

إدارة الجودة

١. إدارة الجودة الشاملة Total quality management (TQM)

٢. الإدارة المستمرة للجودة continuous quality improvement (CQI)

٣. مكونات إدارة الجودة

٤. السيجما الست (Six Sigma)

٥. السيجما الست المرنة (Lean Six Sigma)

٦. أسلوب تعريف مقياس تحليل تحسين المراقبة(DMAIC Method)

تحسين جودة الرعاية

١. المبادرات القومية

٢. كيف تؤثر التكلفة على الجودة

٣. الممارسة القائمة على الأدلة

٤. السجلات الطبية الإلكترونية

٥. لوحات القياس (Dashboards)

٦. كادر التمريض (Nurse Staffing)

٧. تقليل الأخطاء الطبية

٨. مراجعة النظراء (Peer Review)

إدارة المخاطر

١. دور التمريض في إدارة المخاطر

٢. سجلات الحوادث

٣. نماذج للمخاطر

٤. تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis)

٥. دور مدير التمريض

٦. خلق بيئة خالية من اللوم

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. نماذج إدارة الجودة، والإدارة المستمرة للجودة، والسيجما الست، والسيجما المرنة الست، وتعريف مقياس تحليل تحسين المراقبة (DMAIC).

٢. المجهودات القومية لتحسين جودة الرعاية الصحية.

٣. كيفية استخدام الممارسة القائمة على الأدلة، والسجلات الطبية الإلكترونية، ولوحة القياس في تحسين الجودة.

٤. كيف يشارك الممرض في عملية تقليل المخاطر؟

٥. كيف يمكن خلق مناخ خالي من اللوم ؟

تفرض البيئة تنافسية عالية بين كل أعضاء مؤسسات الرعاية الصحية في تحمل مسؤولية الجودة وتكلفة تقديم خدمات الرعاية، وقد أشار تقرير الأخطاء الطبية (IOM, 1999) الذي أصدره المعهد الطبي (Institute of Medicine's (IOM)) عام ١٩٩٩ إلى ضرورة الاهتمام بجودة خدمات الرعاية الصحية، بسبب ازدياد الاهتمام القومي بهاجس الجودة، والقيام بمحاولة تطبيق توصيات التقرير السابق لتحسين عملية تعليم ممارسي الرعاية الصحية (IOM, 2003). وفي نفس الوقت ازدادت المخاوف من مسألة ارتفاع التكاليف الصحية. وقد احتوى مفهوم الإدارة الكلية للجودة على كلٍ من مشكلات تحقيق الجودة، وتخفيض التكلفة. وقد تطور هذا المفهوم ليصبح نموذجًا دائمًا لتحسين الجودة، وتحسين أداء الأنظمة والعمليات الصحية، كما وجد أيضًا أن مفهوم إدارة المخاطر يتكامل مع برنامج إدارة الجودة.

إدارة الجودة

لقد ساعدت إدارة الجودة مؤسسات الرعاية الصحية على التحول من أنظمة تحديد المشكلات والمعايير الفاشلة إلى نظام استباق المشكلات وتفاديها، وتحسين أساليب الرعاية والجودة. ويقوم هذا التغيير النوعي في الأنظمة بتعزيز عملية حل المشكلات والتجريب على كافة مستويات المؤسسة.

ويقوم برنامج إدارة الجودة على نظام متكامل من المعلومات والمسؤوليات، حيث يمكن أن تقدم أنظمة المعلومات الإكلينيكية البيانات المطلوبة لمساعدة المؤسسة على تتبع أنشطتها ونتائج تلك الأنشطة. مثلاً يمكن لبيانات أنظمة المعلومات الطبية أن تحسب أوقات انتظار المرضى، وذلك من خلال المعلومات المتوفرة من وحدة استقبال المرضى والاختبارات الطبية قبل خروج المرضى. وبهذا يمكن تحديد أسباب التأخير والقيام باستخدام طاقم العمل المناسب والموارد المتاحة من أجل تخفيض أوقات الانتظار، ومن ثَمَ زيادة الفاعلية وإرضاء المرضى. ويمكن ابتكار وسائل جديدة لاكتشاف مشكلات النظام ومن ثم تفادي لوم الأفراد في سلسلة القرارات (مثل الممرض الذي يعطي الدواء الخطأ للمريض)، ويجب أن يقبل ويعمم هذا النظام لتطبيقه على كل طاقم الرعاية الطبية.

إدارة الجودة الشاملة Total quality management (TQM)

هي فلسفة إدارية تعظم من التزام طاقم العمل لتحقيق الامتياز. وقد تبنى اليابانيون الإدارة الكلية للجودة – التي صممها الدكتور دابليو ادواردز ديمينج Dr. W. Edwards Deming – في تحقيق الطفرة الصناعية التي حدثت بعد الحرب العالمية الثانية. وقد بنى الدكتور ديمنج نموذجه على مبادئ إدارة الجودة التي نشأت بالأساس لتحقيق جودة وأداء القطاع الصناعي، ثم تم تعميم ذلك النموذج لتطبيقه على عدد كبير من الصناعات الخدمية، كخدمات الرعاية الصحية.

خصائص إدارة الجودة الشاملة

وهي أربع رئيسة كالآتي:

- التركيز على المستهلك أو العميل.
- مشاركة كافة أطراف المؤسسة.
- استخدام أدوات الجودة والإحصاءات في عملية القياس.

• تحديد عمليات أساسية لتحقيق الجودة.

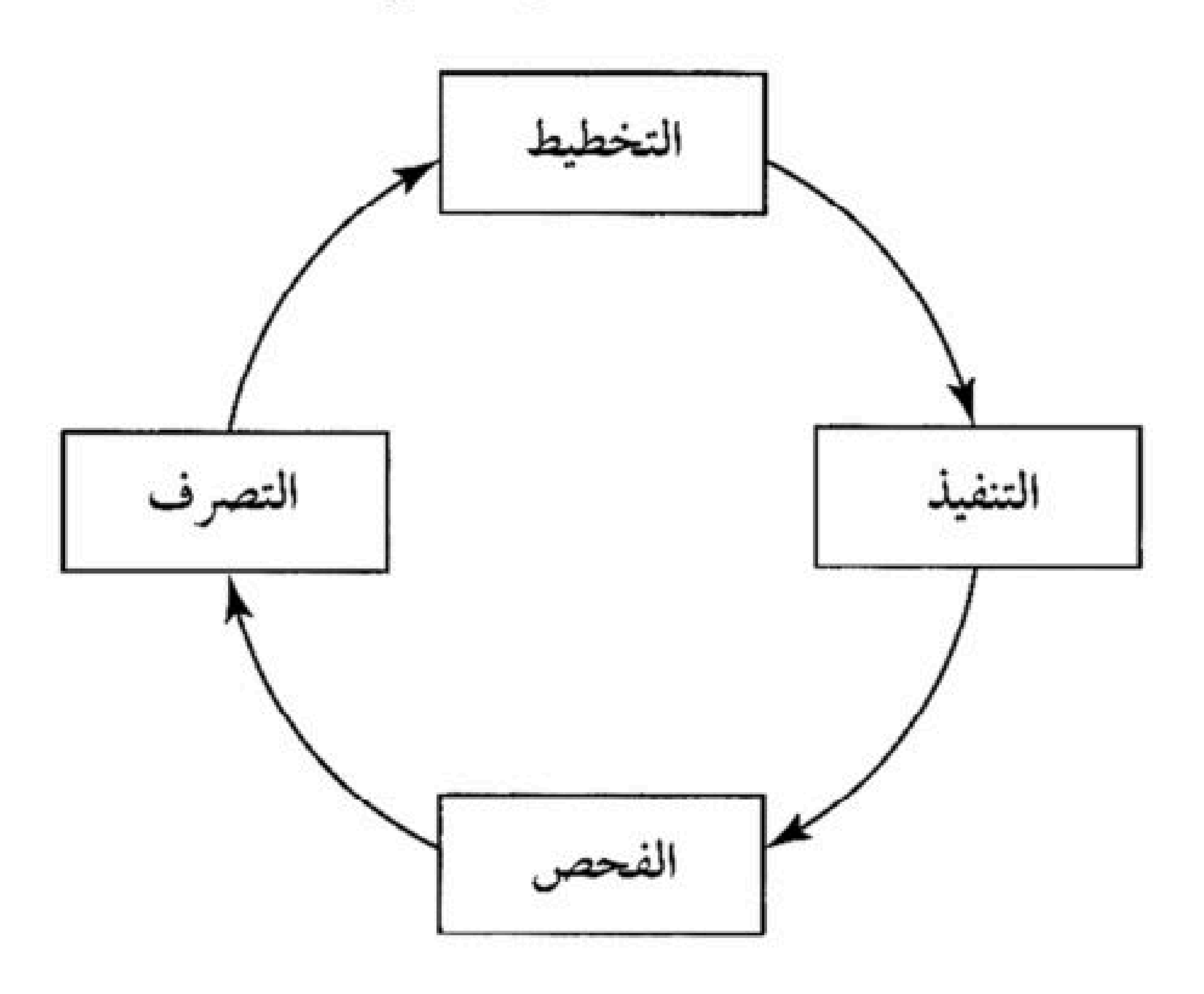
التركيز على المستهلك: حيث تهدف إدارة الجودة إلى تحديد احتياجات المستهلك الداخلي والخارجي. والمستهلك الداخلي يشمل الموظفين والأقسام التي بداخل المؤسسة كالمعمل، ومكاتب الإدارة، وخدمات بيئة العمل الأخرى . أما المستهلك الخارجي للمؤسسة فيشمل: المرضى، والزائرين، والأطباء، وشركات التأمين، ومؤسسات إدارة الرعاية، والوكالات القانونية كالهيئة العامة التي تجيز عمل المؤسسات الصحية، وأقسام الصحة العامة.

وعملاً بمبادئ إدارة الجودة الكاملة على الممرضين أن يتعرفوا على عملائهم واتجاهاتهم، ومحاولة إيجاد الطريقة التي يحققون بها احتياجات مستهلكيهم. مثلاً يمكن للمؤسسة أن تقدم جدول عمل مرناً للموظفين، تغييرًا للدوريات الصباحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى، تمديد ساعات الرعاية لبعد الخامسة مساءً، وضع أسرة تغيير حفاضات الأطفال بالحمامات، وغيرها من الطرق لمقابلة احتياجات الموظفين والمرضى. وتحتاج عملية الاهتمام باحتياجات المستهلكين الداخليين والخارجيين إلى أساليب مبتكرة ومستحدثة، وذلك بسبب التغييرات الدائمة التي تطرأ على هذه الاحتياجات.

مشاركة كافة أطراف المؤسسة: يكمن هدف إدارة الجودة الكاملة في إشراك كافة الموظفين، وتمكينهم من عملية تحسين جودة الخدمات التي يقدمونها. وينبغي على كل أعضاء طاقم العمل معرفة فلسفة الإدارة الكلية للجودة، وأهداف ومهمات المؤسسة التي يعملون بها. ومعرفة مبادئ إدارة الجودة الكاملة تزيل الحواجز التي بين الأقسام، حيث يتم إقصاء جملة "هذا ليس عملياً" من قاموس المؤسسة؛ فيعمل وفقاً لذلك كل طاقم العمل كفريق واحد. وبهذا قد يقوم الممرض بتنظيف الأسرة لاستقبال مرضى جدد بغرفة العمليات، كما يقوم الإداري بتوصيل ونقل المريض بنفسه إلى قسم الأشعة. وتزيد المشاركة في مهام وعمليات الأقسام المختلفة من روح الفريق والإنتاجية والنتائج الإيجابية للعمل.

استخدام أدوات الجودة والإحصاءات في عملية القياس: " ما لا تستطيع قياسه لا تستطيع إدارته" هذه قاعدة مشهورة في علم الإدارة، فيجب بناء الأدوات والنماذج والتصميمات المختلفة

لتكوين المعرفة واتخاذ القرارات، ومن ثم تحسين الجودة، ويمكن استخدام أدوات تحليل البيانات والعرض في تحديد المجالات التي تحتاج للتطور وتحسين الجودة، ثم وضع المؤشرات المختلفة لقياس التطورات. وقد طبق الدكتور ديمنج الأسلوب العلمي على نظرية إدارة الجودة الكاملة مطورًا بذلك نموذجاً آخر يسمى دورة التخطيط والفعل والفحص والتصرف أو دورة PDCA (Plan, Do, Check, Act (PDCA cycle)) انظر الشكل (٦-١).



الشكل (٦-١) دورة PDCA

تحديد العمليات الأساسية لتحقيق الجودة: يمكن صياغة كل الأنشطة التي تمارسها المؤسسة في شكل عمليات كالآتي:

- عمليات مرتبطة بالنظام (مثل قبول وترحيل ونقل المرضى).
- عمليات إكلينيكية (مثل إعطاء الأدوية والتعامل مع الآلام).
- عمليات إدارية (مثل إدارة المخاطر وتقييم الأداء).

قد تكون العمليات في غاية التعقيد وتنقسم بين عدة أقسام. ويجب على طاقم العمل التحقق من العمليات المنقسمة على إداراتهم المختلفة، من أجل استباق الفرص المحتملة، أو تقليل الموارد المهدرة، وبناء طرق لتحسين الأداء وتعزيز النتائج الإيجابية.

التحسين المستمر للجودة Continuous quality improvement (CQI)

تعتبر إدارة الجودة الشاملة هي الفلسفة الكلية لفكرة الجودة، أما الإدارة المستمرة للجودة فتستخدم لتحسين الأداء والجودة، ولكن غالباً ما يستخدم الأسلوبان كمترادفين. وفي مؤسسات الرعاية الصحية تعد الإدارة المستمرة للجودة هي عملية البحث عن طرق منهجية لتحسين رعاية المريض، ويعتبر هذا السعي غير منته ومستمر بشكل دائم. (Hedges, 2006).

ولا يعنى فقط التحسين المستمر للجودة بتحقيق المعايير وحل المشكلات، بل وتشتمل كذلك على التقييم والفعل والتفكير الدائم في كيفية الوصول إلى الامتياز. وغالباً ما يصعب تطبيق هذا المفهوم، لأن عملية رعاية المريض تتزامن وتنقسم بين العديد من الأقسام، ولهذا يعتبر تطوير وتحسين عملية التفكير التدريجي مسبباً رئيساً لنجاح التحسين المستمر للجودة.

هناك أربعة لاعبين رئيسين لعملية الإدارة المستمرة للجودة وهم :

- منسق.
- مجموعة موارد (Resource group).
- فريق.
- قائد فريق.

وتشكل مجموعة الموارد بواسطة الإدارة العليا (المدير التنفيذي أو نائب الرئيس)، من أجل رسم سياسات، ورؤية، وقيم الإدارة المستمرة للجودة التي ستطبق على المؤسسة كلها، كما يشترك مجلس الإدارة مع المجموعة من أجل التأكد من توافر الموارد اللازمة لتطبيق الإدارة المستمرة للجودة. وغالباً ما يقوم المنسق بتوفير معلومات يومية عن عمليات وأنشطة الإدارة المستمرة للجودة (مثل برامج التدريب للمدير التنفيذي) .

ويقوم فريق الإدارة المستمرة للجودة بتقييم وتحسين العمليات المختارة، وتقوم مجموعة الموارد بتشكيل ودعم هذا الفريق، والذي يتراوح ما بين خمسة إلى عشرة أعضاء ممثلين لكل مهمات العملية التي يتم تقييمها.

ويرأس كل فريق قائد لديه معرفة بالعملية التي يتم تقييمها. ويقوم القائد بتنظيم الاجتماعات، ووضع الأجندات، وإرشاد الفريق في أثناء تقييم وتنفيذ العملية.

مكونات إدارة الجودة

يحتوي برنامج إدارة الجودة على الآتي:

• **خطة إدارة الجودة الشاملة:** وتعد خطة إدارة الجودة وسيلة منهجية لتصميم وقياس وتقييم وتحسين أداء المؤسسة، وباستخدام نموذج متعدد التخصصات تعرف هذه الخطة الأنظمة والعمليات التي تعكس أهداف ومعالم المؤسسة، وتعرف المستهلكين وتحدد الفرص المتاحة للتحسن. وتعد المسارات الحرجة (التي تم شرحها في الفصل الثالث) أحد أمثلة خطط إدارة الجودة، وهي تحدد النتائج المتوقعة خلال فترة زمنية محددة. ثم يتم تتبع الانحرافات عن هذه النتائج، ومن المسؤول عنها.

• **وضع معايير للمؤشرات:** تعد المعايير أحد البيانات الكتابية التي تعرف مستويات الأداء، أو شروط تقديم الخدمة. وترتبط المعايير بأبعاد جودة الرعاية الثلاثة وهي:

أ- الهيكل.
ب-العملية.
ج- النتيجة.

وترتبط المعايير الهيكلية بطبيعة البيئة والمؤسسة وإدارة المؤسسة المادية. أما معايير العمليات فترتبط بالتقديم الفعلي للرعاية. وتتعلق معايير النتائج بالنتائج النهائية لخدمات الرعاية المقدمة.

أما المؤشر فهو عبارة عن أداة يتم استخدامها لقياس أداء المعايير الهيكلية، ومعايير العمليات، ومعايير النتائج. وغالباً ما يكون المؤشر قابلاً للقياس، وموضوعياً، ومبنياً على معرفة حالية. وتعتبر المؤشرات من وسائل تحسن الجودة الرئيسة وذلك بمجرد تعريفها واستخدامها في المقارنة بين أداء الكيانات والتخصصات المختلفة.

وفي مجال التمريض تتوفر كل المعايير الشاملة والمحددة لدى المؤسسات المتخصصة، وجمعية الممرضين الأمريكيين، ولكن أيضًا يجب على المؤسسات المختلفة ومناطق رعاية المرضى أن تبنى معايير خاصة بها وفقًا لعدد المرضى الذين تقدم لهم خدمات الرعاية. وهذه المعايير تعد الأساس الذي تبنى عليه باقي مقاييس الجودة.

مثال ذلك " توفير خطة رعاية لكل مريض تم قبوله بالمستشفى في خلال الاثنتي عشرة ساعة" أحد أشكال المعايير.

• **تقييم الأداء**: بناء على متطلبات الوظيفة. تعد هذه التغذية الراجعة أمراً ضرورياً لمساءلة الموظفين بمهنية. (انظر الفصل الثامن عشر للتعرف على المزيد من وسائل تقييم الأداء)

• **التركيز على تحسين وتقييم العمليات الواقعة داخل التخصص**: ستظل المجموعات المختلفة في حاجة إلى تقييم وتحليل وتطوير أدائها. ويجب أن تركز التقييمات على أداء العمليات الواقعة داخل التخصص، أو المجموعة الواحدة، وتعد مراجعة النظراء (Peer review)، التي سيتم مناقشتها لاحقًا، إحدى وسائل تقييم التخصصات البينية.

• **التركيز على تحسين وتقييم التخصصات المتداخلة**: يعد فريق العمل ذو التخصصات المختلفة، الذي يعزز مناخ التعاون والتواصل والتنسيق والتكامل، من أهم ركائز تحسين وتقييم الجودة بالمؤسسات الصحية. ويعد ذلك أمرًا مهمًا، ليس من أجل تحليل مهام الجودة على مستوى الأقسام مثل إرضاء العميل وإدارة العدوى، بل ومن أجل زيادة التركيز على المعلومات التي تحسن العمليات.

وتجمع البيانات من مصادر مختلفة مثل أعداد المصابين بعدوى بعد إجراء عملية ما، أو عدد مرات عودة المرضى لتلقي العلاج بعد خروجهم، وذلك من أجل المساعدة في عملية اتخاذ القرارات. ويركز الفريق بشكل أساسي على المرضى وذلك خلال سير عملية التقييم والتنفيذ. وتقيم عملية التنفيذ بشكل مستمر من خلال استخدام بحوث إرضاء المريض التي تعد إحدى أدوات مراقبة عمل الممرضين. مثلاً قد تتابع المؤسسات المرضى الذين أجروا عمليات جراحية ثم خرجوا من المؤسسة، وذلك من خلال المكالمات الهاتفية التي يجريها الممرضون، للتأكد من أن المرضى يتبعون إجراءات ما بعد العملية، ومدى السيطرة على الآلام بعد الخروج من المؤسسة. ويتم إخبار الجراح بأي شكوى يشعر بها المريض.

السيجما الست (Six Sigma)

هي أحد برامج إدارة الجودة والتي تستخدم كالآتي.

• **كمقياس**: السيجما حرف إغريقي –σ– يرمز إلى المعيارية، بمعنى إلى أي مدى يبتعد الأداء الفعلي عن المعيار المحدد له. وهذا يعتبر مشابهًا للطريقة التي يقوم بها معهد الجودة المعتمدة (Chartered Quality Institute (CQI)) من أجل مراقبة النتائج.

• **كهدف**: يمكن أن يكون الهدف هو تحقيق الدقة. مثلاً، كم مرة يعطى الدواء الصحيح، بالكمية الصحيحة، للمريض الصحيح، في الوقت الصحيح، وبالطريقة الصحيحة؟.

• **كنظام إداري**: حيث تركز السيجما الست إدارياً على مراقبة الأداء والتحقق من تحقيق النتائج المرغوبة، وذلك أكثر من أي نظام إدارة جودة آخر.

ويتكون النظام من ستة محاور:

• التركيز على المستهلك (المريض).
• استخراج البيانات.
• التركيز على العمليات.
• الإدارة الاستباقية.
• التعاون غير المقيد.
• هدف الوصول للكمال، تحمل الفشل.

وتتشابه ثلاثة المحاور الأولى مع باقي برامج إدارة الجودة، حيث يكون التركيز على متلقي الخدمة وهو المريض، وتقدم البيانات كأدلة للنتائج، والتركيز على العمليات التي يستخدمها النظام.

وتختلف ثلاثة المحاور الأخرى عن باقي برامج إدارة الجودة، حيث يتم التشارك في عملية الإدارة وإزالة الحواجز بشكل كبير (الفصل بين الأقسام) كما تمنع السيجما الست من إلقاء التهم وتبادل اللوم إذا فشلت خطط الإدارة (حيث يعد ذلك شرطاً ضرورياً للابتكار) وكذلك التشجيع على الوصول إلى الكمال.

السيجما الست المرنة (Lean Six Sigma)

تركز السيجما الست المرنة على تحسين تدفق العمليات والتخلص من المهدرات. ويحدث التهدير عندما تقدم المؤسسة موارد أكثر من المطلوب منها. وبالنسبة لاستخراج البيانات، تركز السيجما الست المرنة على تعريف الخطوات ذات القيمة المنخفضة، أو المعدومة، والمتسببة في تأخير غير مبرر. كما يشدد البرنامج على إزالة الفروق، وتحسين الفاعلية، والكفاءة. ولأن هدف السيجما الست المرنة هو تحديد وتقليل أسباب التهدير، فإنها تقدم أدوات يمكن استخدامها مع نظام إدارة السيجما الست.

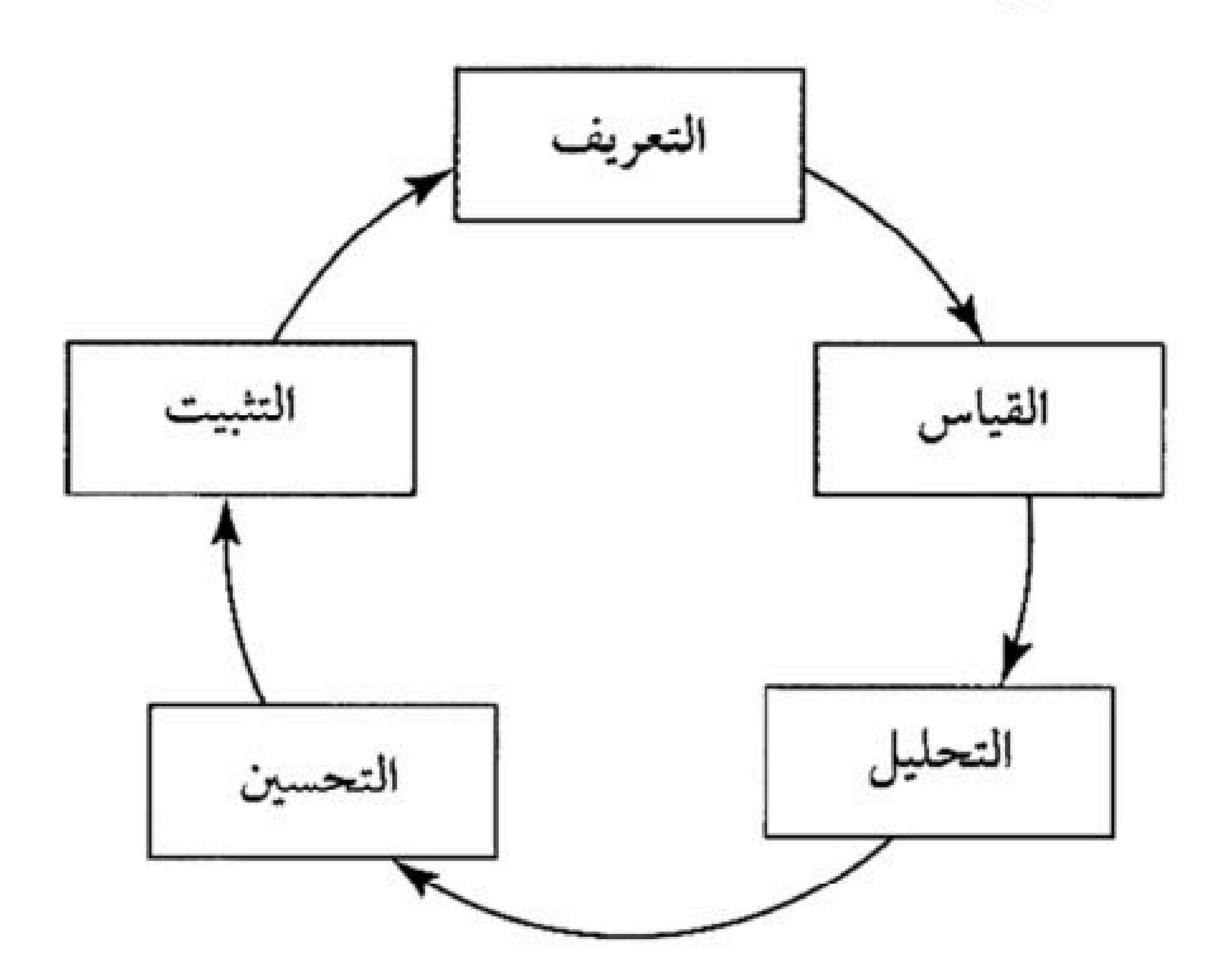
وقد كشفت الدراسات على أن السيجما الست المرنة تساعد بكفاءة في تخفيض فترة الإقامة غير الضرورية بالمستشفيات، وتحسين جودة الرعاية، وتقليل التكاليف، وذلك في وقت واحد. (Yamamoto *et al.*, 2010).

أيضًا عندما تم تطبيق هذا النظام في مستشفى ما وجد الباحثون أن العمل الجماعي قد حسن من رعاية مرضى السكر المقيمين بالمستشفى. (Niemeijer *et al.*, 2010)

أسلوب تعريف مقياس تحليل تحسين المراقبة (DMAIC Method)

يعد أسلوب DMAIC هو نظام لتحسين عملية السيجما الست (كما هو موضح في الشكل ٦-٢). ويشير الأسلوب إلى الخطوات التالية:

- تعريف المقاييس التي تشير إلى النجاح.
- قياس الخط الأساسي للأداء.
- تحليل النتائج.
- تحسين الأداء.
- السيطرة والحفاظ على الأداء (DMAIC Tools: Six Sigma Training Tools, 2011).



الشكل (٦-٢) مكونات أسلوب DMAIC

وتعد الإدارة الشاملة للجودة، والإدارة المستمرة للجودة، والسيجما الست، والسيجما الست المرنة، وأسلوب DMAIC أنظمة كمية تقيس الأداء، وتهدف إلى تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، ولكن بالإضافة لذلك تحتاج عملية تحسين جودة الرعاية إلى مجهودات أخرى ومستمرة.

تحسين جودة الرعاية

المبادرات القومية

يعد المنتدى القومي للجودة (National Quality Forum) إحدى المؤسسات غير الراغبة في الربح، والتي تشدد على ضرورة تحسين جودة الرعاية الصحية، وذلك من خلال بناء توافق قومي على أهداف الأداء، ومعايير القياس وطريقة تبليغهم (National Quality Forum, 2011). بالإضافة لذلك يقدم معهد تحسين الرعاية الصحية (Institute of Healthcare Improvement) برامج لمساعدة المؤسسات في تطبيق نظام جودة لخدمات الرعاية التي يقدمونها (IHI, 2011). وهدف المنظمتين الآتي:

- منع حالات الوفاة غير المبررة.
- منع الآلام والمعاناة.
- وقف العجز عن تقديم الخدمات للمستهلكين.
- منع الانتظار غير المبرر.
- وقف هدر الموارد

وقد طالبت اللجنة المشتركة (Joint Commission) من المستشفيات تطبيق أهداف الحفاظ على سلامة المرضى، وذلك بشكل إجباري على المستشفيات القومية للولايات المتحدة (Joint Commission, 2011). وقد تم إجبار المستشفيات على ما يلي:

- التعريف الصحيح للمرضى.
- تحسين الاتصال بين طاقم العمل.
- استخدام الأدوية بحرص.
- منع العدوى.
- مراجعة الأدوية التي يحصل عليها المرضى.

- تعريف مخاطر حماية المرضى.
- تجنب الأخطاء الطبية في العمليات الجراحية.

وتقوم حالياً الجمعية المشتركة بتحليل بيانات مستخرجة من قياسات خاصة بسبعة وخمسين مريضًا، وواحد وثلاثين عنصراً من هذه البيانات قد تم الانتهاء منها ونشرها، أما البقية فينتظر نشرها قريباً مضافًا إليها مجموعة أخرى من الجداول والتقارير (Chassin *et al.*, 2010). وتركز الجمعية الآن على تعظيم المنافع الصحية للمرضى. وقد أوصت الجمعية أن تعتمد قياسات الجودة على أربعة معايير وهي:

١. يجب أن يبنى المقياس على بحث أشد النتائج الإيجابية ظهوراً، كما يجب الاعتماد على أكثر من دراسة لتوثيق البيانات.

٢. يقوم التقرير بتوثيق نتائج الممارسة القائمة على الأدلة، مثل إعطاء الإسبرين مباشرة لمريض عانى من ذبحة قلبية.

٣. العمليات تخرج نتائج مرغوبة، مثلاً الإدارة الجيدة للأدوية.

٤. النتائج العكسية الناتجة عن عملية ما تكون إما غير مقصودة وإما محدودة.

(Chassin *et al.*, 2010).

وتستخدم المعيارية بشكل كبير في المجال الصناعي للكشف عن مدى الانحراف عن النتائج المرغوب فيها، ولكن هذا لا يمكن تحقيقه عند قياس السلوك البشري، والذي يمكن أن يختلف عن المخطط والمرغوب له، ولكن النتيجة قد تكون فعالة. أيضًا فإن المؤسسات التي تتبع أنظمة تكشف بشكل كبير عن الانحرافات، فإن ذلك سيشكل مناخًا مانعًا للابتكار. وقد تضحي المؤسسة بتحسين جودتها، وذلك من أجل الحفاظ على الأفكار الخلاقة والعمليات المبتكرة، حيث إن المؤسسات التي تفشل في تشجيع الابتكار بداخلها تصبح ثابتة في مكانها، وتوقف بحثها عن الكفاءة. وكذلك المؤسسات التي تعتمد على الابتكارات الخارجية، فإن ذلك يهدد من قدرتها على البقاء في البيئة المتغيرة للرعاية الصحية. غير أنَ هذا لا يعني أن أنظمة الجودة غير ضرورية، ولكن على المؤسسات أن تجد طرقاً لتشجيع الابتكار والإبداع دون التنازل عن مبادئ إدارة الجودة.

كيف تؤثر التكلفة على الجودة؟

يمكن لمقاييس الجودة أن تقلل التكاليف مثل تقليل الموارد المهدرة. وتشمل الموارد المهدرة الوقت الذي يضيعه الممرضون في عملية البحث عن المستلزمات الطبية أو النتائج المعملية، وتكلفة وجود مناصب عمل شاغرة للممرضين، وتأخير خروج المرضى من المستشفى بسبب غياب التنسيق بين الإدارات، أو بسبب ظروف غير متوقعه مثل صرف الأدوية الخاطئة له.

وباستخدام مشروع معهد تحسين الرعاية الصحية الهادف لتحويل تقديم الرعاية السريرية (Transforming Care at theBedside (TCAB) 2009)، أثبت Agrawal, Unruh and Hassmiller, (2011) أن تحسين الجودة يقلل من التكاليف، وأثبتت تقارير أخرى أجريت على مدار ثلاث سنوات أن الوقت الإضافي الذي كان يقضيه الممرضون المسجلون قد انخفض، كما ارتفع إرضاء المرضى.

الممارسة القائمة على الأدلة

تقوم فكرة الممارسة القائمة على الأدلة على تحسين الجودة من خلال استخدام الأبحاث في تحديد نوع العلاج الإكلينيكي المقدم لأحد ما. ولكن بالرغم من ذلك يعاني الممرضون من قيود تمنعهم من استخدام الممارسات القائمة على الأدلة. ومن هذه القيود : ضيق الوقت، وعدم الاستقلالية في أداء الأعمال، والقدرة على إيجاد وتقييم الدليل، وغياب الدعم المقدم من الإدارة (Brown *et al.*, 2008).

ويصعب تطبيق هذه الممارسات أيضًا لأن البحث يجب أن يبنى على تصميم دقيق حتى يكون جيداً (Hader, 2010)، كما يجب أن تثبت دراسات عدة نفس الأدلة حتى يكون البحث صحيحاً (Chassin *et al.*, 2010)، وذلك بالإضافة إلى سرعة تغير البيئة الإكلينيكية والقيود التي سبق ذكرها.

السجلات الطبية الإلكترونية

يمكن أن تحقق السجلات الطبية الإلكترونية الجودة مثلها في ذلك مثل الممارسات القائمة على الأدلة، حيث تكون سهولة الوصول إلى السجلات المتطابقة مؤثرًا مهمًا في تحسين الدقة وسرعة الاتصال بين مقدمي الخدمة الصحية. بيد أنَ Kazley and Ozcan (2008) وجدا ارتباطاً ضعيفاً بين استخدام السجلات الطبية الإلكترونية وعشرةٍ من مؤشرات الجودة، وذلك بالرغم من استخدام

أربعمائة مستشفى أمريكي في هذا البحث، كما لم يجد كل من شان وفولز ووينر (Chan, Fowles and Weiner, 2010) علاقة بين مؤشرات الجودة والسجلات الإلكترونية، وذلك في أثناء بحث أدبي قاموا به، أما كيبل (Cebul, 2008) فقد وجد علاقة مباشرة بين السجلات الإلكترونية وجودة الرعاية المقدمة لمرضى السكر. ومن المتوقع أن تستخدم السجلات الطبية الإلكترونية في تقديم بيانات أكثر تساعد في المقارنات المتعلقة بالجودة.

لوحات القياس (Dashboards)

تعد لوحات القياس إحدى الأدوات الإلكترونية التي تقدم بيانات حالية ورجعية تعرف بطاقة الأداء (scorecard). وتساعد اللوحات والبطاقات في تحسين الجودة. وتساهم سرعة الوصول في جعل لوحات القياس في الترويج لكثرة استخدامها. ويمكن أن تقدم لوحات القياس سجلات عن نتائج إرضاء المرضى، والإحصاءات المختلفة عن أداء المستشفى. أيضًا تعد لوحات القياس أداة جيدة لإرشاد طاقم العمل، وللربط بين طاقم العمل ونتائج رعاية المرضى (Anderson Faith and Sewell, 2010)، وكذلك تعد مفيدة في تقديم بيانات مادية دقيقة عن طاقم التمريض وجودته (Anderson Faith and Caspers, 2011). ويتوقع انتشار استعمال لوحات القياس في جمع البيانات، ومساعدة متخذي القرار مع التطور التكنولوجي المستمر. (Hyun *et al.*, 2008).

كادر التمريض (Nurse Staffing)

تؤكد الأدلة أن زيادة عدد هيئة التمريض يزيد من جودة مخرجات رعاية المرضى (Frith, Tseng,& Anderson, 2008; Anderson, Frith,& Caspers, 2011). وأثبتت دراسات حديثة أن النسبة المرتفعة للممرضين المسجلين للمرضى تقلل من عدد وفيات المرضى، والعدوى، ومدة الإقامة بالمستشفى (Reeves, 2007) كما أثبت نيدلمان (Needleman, 2008) أن زيادة عدد هيئة التمريض يحسن من الجودة ولكن عند زيادته أكثر من اللازم فإن التكاليف سترتفع.

تقليل الأخطاء الطبية

منذ أن توقفت هيئة الرعاية الطبية (Medicare) عن الدفع مقابل الأخطاء الطبية للمستشفيات زاد الضغط على المستشفيات لتقليص عدد أخطائها المكلفة. وفي عام ٢٠٠٩ مررت

الحكومة الفيدرالية قانون تكنولوجيا المعلومات الصحية (Health InformationTechnology for Economic and Clinical Health Act (HITECH)) بهدف تحفيز استعمال التكنولوجيا في مجال الرعاية الصحية، وتحسين تكنولوجيا الإدارة الدوائية.

وأثبتت الدراسات أن ٢٥٪ من الأخطاء الطبية تحدث بسبب إزعاج الممرضين في أثناء عملية إعدادهم للدواء (Westbrook *et al.*, 2010). وقد تم استخدام سترة أو وشاح معين يقوم الممرض بارتدائه عند البدء بإعداد الدواء وذلك للإشارة للآخرين بعدم إزعاجه (Heath & Heath, 2010).

ومن إحدى إستراتيجيات تقليص الأخطاء الدوائية استخدام نظام طلب حاسوبي واصف للأدوية (CPOE)computerized prescriber order entry)) وسجلات الإدارة الدوائية الإلكترونية (electronic medication administration record (eMAR))، ومراجعة الصيدلي لطلبات الأدوية عن بعد، والصرف الآلي للأدوية، وإدارة شفرة التعرف، وإدارة الجرعات الدوائية (Federico,(2010d. ويعد تعريف الأدوية بواسطة موجات الراديو والتسوية الإلكترونية أحد أنواع التكنولوجيا المستقبلية مرتفعة التكلفة، والتي تعد قيد الاختبار حاليًا (Federico, 2010).

مراجعة النظراء (Peer Review)

بالإضافة لأهمية مراجعة النظراء في التقييم الذاتي ومقاييس الأداء (Davis, Capozzoli, Parks ,2009) إلا أنها أيضًا تستخدم لوضع معايير العمليات الإكلينيكية لتحسين جودة الرعاية. ومن أجل تحقيق الجودة لا يجب أن تعمل مراجعة النظراء كوسيلة عقابية، أو كأداة للتقييم، ولكن يجب استعمالها من أجل تحديد هل تم تحقيق المعايير الإكلينيكية أم لا ؟، حيث إنَ الهدف منها بناء خطة عمل لتجنب الحوادث المستقبلية.

وتستخدم مراجعة النظراء في الحالات التالية:

- حدوث نتائج عكسية لرعاية المرضى.
- تعرض المريض لإصابة خطيرة.
- الفشل في حل حادث ما (Fujita *et al.*, 2009).

وتساعد أنظمة الحكم المشترك عملية مراجعة النظراء (Fujita *et al.*, 2009). وتساعد أنظمة الحكم المشترك على تحميل النظراء المتساوين نفس القدر من المسؤوليات، كما تساعد في تحديد ما إذا كانت الاختراقات تتم بشكل فردي غير متوقع أم تعد ظاهرة تنتشر في وحدة ما، أو بالمؤسسة كلها. وفي ظل الحكم المشترك يقوم مجلس التمريض، أو مجالس الوحدات بمناقشة مشكلات النظام، أو الوحدات المختلفة.

ومع تجميع الاتجاهات المختلفة لمراجعة النظراء يمكن تصنيف نتائجها كالآتي:

- رعاية مناسبة بدون نتائج عكسية.
- رعاية مناسبة مع نتائج عكسية غير متوقعة.
- رعاية غير مناسبة بدون نتائج عكسية.
- رعاية غير مناسبة مع نتائج عكسية غير متوقعة (Hitchings *et al.*, 2008).

إدارة المخاطر

تعد إدارة المخاطر أحد مكونات إدارة الجودة، ولكنها تهدف إلى تعريف وتحليل وتقدير المخاطر، ومن ثم تطوير الخطة لتقليص حجم وحدة الحوادث أو الإصابات. وتعتبر إدارة المخاطر يومياً برنامج عمل مستمر للمتابعة والتعليم والتدخل.

وتشترك كل أقسام المؤسسة في عملية إدارة المخاطر، حيث يجب أن يكون برنامجًا شاملاً لكل الأقسام، ويوافق عليه مجلس الإدارة، ويصبح أحد مدخلي العمل في كافة الأقسام. ويجب أن يحصل البرنامج على التزام كامل، سواء من رئيس التمريض، أو من الرئيس التنفيذي للمؤسسة.

برنامج إدارة المخاطر

١. تعرف المخاطر المحتملة للحوادث والإصابات والخسارة المالية. وتعد الاتصالات الرسمية وغير الرسمية بين كافة أقسام المؤسسة والتفتيش إحدى الضرورات للتعرف على المشكلات.

٢. المراجعة الحالية لأنظمة مراقبة المؤسسة (التقارير المفاجئة، والمراجعة، والمذكرات الشكاوى والبحوث، وإرضاء المرضى) والتقييم المستمر للكمال، وتحديد الأنظمة الإضافية المطلوبة لتقديم بيانات حقيقية عن المخاطر.

٣. يحلل حجم وأسباب الأنواع المختلفة للحوادث المسببة للإصابات، أو النتائج الطبية العكسية لعلاج المرضى. ولبناء إستراتيجية تدخل في حالة المخاطر يجب أولاً تقدير نتائج الحوادث المختلفة.

٤. مراجعة وتقييم نقاط سلامة أو مخاطر عمليات رعاية المرضى والبرامج الجديدة.

٥. مراقبة القوانين والأكواد المرتبطة بسلامة المريض ورعايته.

٦. تقليص أو إزالة المخاطر إذا أمكن.

٧. مراجعة أعمال اللجان الأخرى لتحديد قدراتها، والتوصية، أو التدخل لتصحيح أعمال معينة تقوم بها. ومن أمثلة تلك اللجان :لجان التدقيق الطبي، والتدقيق التمريضي، والأمن، والعدوى، والصيدلة، والإنتاجية.

٨. تحديد الاحتياجات التعليمية للأفراد والمرضى والعائلات، وفقًا لمقترحات الفئات السابقة، وذلك لتطبيق البرنامج التعليمي المناسب لهم.

٩. تقييم نتائج برنامج إدارة المخاطر.

١٠. تقديم تقارير دورية للإدارة والطاقم الطبي ومجلس الإدارة.

دور التمريض في إدارة المخاطر

بما أن قسم التمريض هو المختص برعاية المرضى على مدار الأربع والعشرين ساعة، فإن طاقم التمريض يعد أحد المكونات المهمة لتحقيق نجاح برنامج إدارة المخاطر. ويجب أن يلتزم رئيس هيئة التمريض بهذا البرنامج، حيث إنَ سلوكه هو الذي يحفز الممرضين على المشاركة في إنجاح البرنامج. ويقوم الممرضون المحتكون دائمًا بالمرضى بالتنفيذ الفعلي لبرنامج إدارة المخاطر.

وتنقسم أكثر المجالات خطورة بالرعاية الصحية إلى فئات عامة هي:

- الأخطاء الدوائية.
- مضاعفات ناتجة عن عمليات العلاج أو التشخيص.
- الفشل.
- عدم إرضاء المرضى أو عائلاتهم عن الرعاية المقدمة لهم.
- رفض العلاج أو التوقيع على عريضة المعالجة.

ويشارك الممرضون في كل هذه المجالات السابقة، ولكن تقع مسؤولية عدم موافقة المرضى على العلاج بشكل أساسي على الطاقم الطبي.

وتساعد التقارير الطبية وسجلات الحوادث على توثيق مسؤولية الممرض أو الطبيب أو المؤسسة. وبالرغم من أن بعض السجلات تتواجد، إلا أن بعض الحوادث لا يتم تسجيلها. وإذا كان هناك خلل ما في التقارير، أو كانت غير كافية، أو حتى تم حذفها، فإن المؤسسة يتم محاكمتها على ذلك. وتستخدم سجلات الحوادث في تحديد حجم وأسباب الحوادث التي تقع ضمن نطاق الفئات الخمس السابقة وتشكل هذه السجلات أساس التدخل في عمليات المؤسسة.

سجلات الحوادث

يساعد التسجيل الدقيق والشامل لحالة المريض وسجلات الحوادث على حماية المؤسسة ومقدمي خدمات الرعاية من التشريع. وغالباً ما تعد سجلات الحوادث ضمن نطاق اختصاصات الممرض. ويعزى العزوف عن إعداد هذه السجلات إلى الخوف من النتائج، ويمكن رفع هذا الخوف عن طريق الآتي:

- إمداد الطاقم ببرامج التعليم المناسبة لتحفيزهم على كتابة التقارير الموضوعية.
- منع الخطابات شديدة اللهجة والبيانات التأنيبية.
- التأكيد على أن الغرض من سجلات الحوادث هو المتابعة والتوثيق فقط.
- عدم استخدام هذه السجلات باعتبارها إحدى وسائل العقاب.

ويجب ألا يقوم المديرون أو أحد طاقم عمل التمريض بتوبيخ أحد الموظفين على حادث ما، خاصة إذا كان في حضور باقي زملاء العمل أو المرضى أو عائلاتهم. ويمكن استخدام مراجعة النظراء باعتبارها إحدى وسائل تقييم الحوادث (Hitchings *et al.*, 2008).

ويجب أن تشمل الحادثة المبلغ عنها المفاجآت غير المتوقعة أو المخططة التي يمكن أن تؤثر على المريض أو عائلته أو أحد زملاء العمل. وتعتمد فاعلية السجل على سلامة الاستمارة التي تستخدم للتبليغ عن الحادث، ولهذا يجب الانتباه جيداً لكفاءة الاستمارة والبيانات الموجودة بها.

وينقسم التبليغ عن الحوادث إلى الخطوات التالية:

١. الاكتشاف: يمكن أن يبلغ أحد الممرضين، أو الأطباء، أو طاقم العمل، أو المرضى، أو العائلة، أو المتطوعون عن أي مخاطر محتملة أو متحققة.

٢. الأخطار: يستلم مدير المخاطر استمارة كاملة عن الحادث في خلال الأربع والعشرين ساعة بعد حدوثه. ويمكن إجراء مكالمة هاتفية لتسريع عملية متابعة الحادث، وذلك في الحالات القصوى.

٣. التحقيق: يقوم مدير المخاطر أو الممثلون بالتحقيق في الحادث.

٤. الاستشارة: يتشاور مدير المخاطر مع الطبيب المختص، أو عضو بلجنة إدارة المخاطر، أو كليهما من أجل الحصول على معلومات إضافية والاسترشاد بآرائهم.

٥. الفعل: على مدير المخاطر أن يوضح أي معلومة ناقصة لدى المريض أو عائلته موضحًا بالضبط ما حدث. يجب إخبار المريض عن مصدر المساعدة المناسب لحالته، ويمكن أن تقدم له خدمات رعاية بدون مقابل.

٦. التسجيل: يجب أن يتحقق مدير المخاطر من أن كافة التقارير عن الحادثة والمتابعة والإجراءات المتخذة تم وضعها في مكان آمن.

نماذج للمخاطر

يعد ما يلي نماذج لحوادث حقيقية في مختلف فئات المخاطر السابقة.

الأخطاء الدوائية

تقدم تقارير بحوادث الأخطاء الدوائية عندما يتم منع سائل أو دواء معين، أو صرف الدواء أو السائل الخاطئ، أو إعطاء الدواء للمريض بشكل خطأ، أو إعطاء الدواء في الوقت الخطأ، أو إعطاء الدواء بالجرعة الخاطئة، أو إعطاء الدواء بطريقة غير صحيحة، وهنا نذكر بعض الأمثلة للأخطاء الدوائية:

المريض أ: تم كتابة الكمية الخاطئة لدواء ما على سجل غرفة الطوارئ. حيث تم حساب حجم جرعة الدواء بشكل خطأ، ومن ثم حصل المريض على ضعف الجرعة المفترض الحصول عليها، وقد تم اكتشاف الخطأ بعد حصول المريض على الجرعة الأولى، ومن ثم تم تصحيح الخطأ، ومنعت الجرعة الثانية عن المريض وفقًا لطلب الطبيب.

المريض ب: تم وصف جرعة دواء التيجريتول (Tegretol) كالآتي "تيجريتول مئة مليجرام أقراص قابلة للمضغ، خمسون مليجرام بالفم مرتين في اليوم"، ولكن الدواء المذكور يجب أن يكون خمسين مليجرام، ويمنح مرتين يومياً ليكون مجموع ما يحصل عليه المريض مئة مليجرام في الأربع والعشرين ساعة. وتم تدارك الخطأ في الجرعة الثانية للدواء.

المريض ج: خلال دوريات مرور على الأقسام في الساعة ٣:٣٠ مساءً وجد ٩٪ كلوريد الصوديوم معلق بجرعات ٧٥ ملي في الساعة، ولكن كان من المفترض أن يقدم D5W بدلاً عن كلوريد الصوديوم. وبعد اكتشاف ذلك تم تغيير السائل.

الإجراءات التشخيصية

أية حادثة تقع قبل أو في أثناء أو بعد هذه العمليات مثل تحليل الدم، أو أشعه إكس، أو البذل القطني، أو فحص نسيج الجلد، أو غيرها من العمليات يمكن أن تقع ضمن فئة حوادث عمليات التشخيص.

المريض أ : عندما نظرت إلى مكان العلاج الوريدي وجدت مكانه أحمر، ومتورماً. ولهذا فصلت العلاج، وأزلت الشريط، ووجدت إصابة على الجلد مكان الشريط أيضًا، ووجدت عقدة صغيرة في الجهاز، ثم أخبرت الطبيب، وتمت معالجة الجرح.

المريض ب: بعد إجراء بذل قطني لمريض ما وجد ملقياً على الأرض، وتم فحص المريض وقياس ضغطه، ولم توجد إصابة عليه، وتمت متابعة حالته.

الحوادث الطبية ذات الطابع القانوني

عندما يرفض المريض أو عائلته تلقي علاجاً معيناً، أو يرفض التوقيع على استمارة قبول الدواء.

المريض أ: بعد زيارة عائلة مريض ما لرجل دين، تم الإخبار بأن المريض لا يحتاج إلى علاج طبي ويجب طلب خروجه من المستشفى، تم إخبار الطبيب. وقام الطبيب بشرح مخاطر عدم حصول المريض على علاج، ولكن المريض أصر على الخروج. وقد عرض الطبيب استمارة الخروج بخلاف النصيحة الطبية "Against medical advice" للمريض ثم قام بتوقيعها وخرج بدون علاج.

المريض ب: رفض مريض التوقيع على الموافقة على إجراء تحليل النخاع الشوكي بسبب عدم فهمه للآثار الجانبية. وقد راجع الطبيب أسباب إجراء هذا الاختبار، والآثار الجانبية للمريض ثلاث مرات. وأكد للمريض أنَه بدون التوقيع، فإنه لن يقوم بإجراء الاختبار. وتم طلب رأي طبيب آخر، ثم وافق المريض على التوقيع.

عدم رضاء المريض أو العائلة عن خدمات الرعاية المقدمة

عندما تبدي عائلة المريض، أو المريض ذاته عدم الرضا عن الخدمات الصحية المقدمة، ولم يتم حل هذه المشكلة، ثم تتم كتابة تقرير بهذه الحالة.

المريض أ: تشكو الأم من أنها تجد ابنها ملطخاً وقد بال على نفسه كل يوم عندما تأتي في الصباح بالساعة الثامنة. تم التوضيح بأنَ حفاضات الأطفال تغير في السادسة صباحاً عندما يتم إطعامهم وإعطاء الدواء لهم، لا توجد أية إصابات على جلد الأطفال نتيجة للإهمال. ومع استمرار العائلة في التذمر تم عرض ومناقشه حالتهم مع الممرضة الأولية primary nurse.

المريض ب: اشتكى السيد سميث من عدم تلقي زوجته لعلاج ما في غرفة الطوارئ الليلة الماضية، وأراد أن يتكلم مع أحد الإداريين، لكنه لم يتمكن من ذلك، واقترح أن يتم الاتصال بالمدير في الصباح. وتقبل السيد سميث النصيحة.

تحليل السبب الجذري (Root Cause Analysis)

هو أسلوب للرجوع بالخلف لتحليل كل فعل أدى إلى حدوث خطأ أو حادثة، وهو ما يعد عملية معقدة . ويمكن تحليل حدث ما بشكل مبسط كالآتي:

- المريض: ما العوامل المتعلقة بالمريض والتي ساهمت في الحادثة؟
- الأشخاص: ما الأفعال التي قام بها الأشخاص، والتي ساهمت في الحادثة؟
- السياسات: هل هناك سياسات لهذا النوع من الحوادث؟
- الإجراءات: هل توجد إجراءات معيارية لهذا النوع من الحوادث؟
- المكان: هل ساهمت طبيعة المكان في وقوع الحادثة؟

• السياسة: هل ساهمت السياسات الخارجية أو التنظيمية في وقوع الحادثة؟ (Weiss, 2009).

لقد اشتكى الكثيرون من أن هذا الأسلوب يحتاج لموارد كثيرة، رغم أنه يقدم تحسينات محدودة (Wu, Lipshutz,& Pronovost, 2008). وافترض الباحثون أن المؤسسات تقوم بتتبع سبب واحد فقط مهملين فشل الأنظمة. ولكن الكثيرين يصرون على أن سبباً واحداً فقط يتم تتبعه بسبب محدودية الموارد، والخلافات المهنية، وغياب الإدارة الداعمة. ولهذا أوصى الباحثون بتحسين الاختلال الكلي للنظام، والنظر إلى مشكلات بيئة الرعاية بشكل متكامل، وذلك لتحقيق التحسينات المرغوب فيها على مستوى المستشفيات.

دور مدير التمريض

يلعب مدير التمريض دوراً رئيساً في عمليه إدارة المخاطر. ويمكن لمدير التمريض أن يقلل من المخاطر عن طريق مساعدة طاقم العمل على فهم الأمور المتعلقة بالأمراض والشفاء من وجهة نظر المرضى. حيث يختلف فهم الطاقم للجودة عن توقعات المرضى. وعن طريق تفهم معنى المرض من وجهة نظر المرضى وعائلاتهم سيتم تجنب الكثير من المخاطر، لأن الممرض سيتمكن من تشخيص الرعاية وفقًا لفهم المريض، فيتحقق من ثم الاحترام المتبادل بين الجهتين وتنخفض المخاطر.

ولا يشير عدم الرضا وشكوى المريض وعائلته من جودة الرعاية إلى تردي جودة الخدمات المقدمة من المؤسسة فقط، ولكنه يعني أيضًا احتمال تحمل المؤسسة لمسؤوليات أخرى، حيث إن المريض المتذمر وغير الراضي عن الأداء يكون معرضاً لمخاطر عالية، بينما تقل مخاطر المريض أو العائلة الراضية عن الخدمة. ويجب أن يكون برنامج إدارة المخاطر توجهًا شخصياً، حيث كتبت كثير من الشكاوى بسبب انقطاع خطوط التواصل بين المؤسسة والمريض. وفي كثير من الأحيان عند قيام أحد ممثلي المؤسسة بزيارة أو مكالمة المريض أو عائلته فور حدوث حادث معين له، فإن ذلك يهدئ من روعهم، ويوضح المعلومات المغلوطة إن وجدت.

وفي الأمثلة التالية، ساعد الاهتمام والرعاية السريعة من الممرض المدير للمريض بمجرد وقوع الحادثة على حمايته وتجنب المؤسسة مواجهة أي دعاوى مستقبلية ضدها، والعوامل التالية تحدد مدى نجاح إدارة المخاطر، وهي:

- الاعتراف بالحادثة.
- المتابعة وردة الفعل السريعة.
- الاتصالات الشخصية.
- التعويض المناسب (إذا أمكن).

ويجب أن يتم احتواء مخاوف المريض وعائلته على مستوى الوحدة التي وقعت بها الحادثة. ويحتاج مدير التمريض لمصدر معلومات، وذلك في حالة انهيار خط الاتصال الأول، وغالباً ما يكون مصدره هو مدير المخاطر، أو مدير الخدمات التمريضية.

التعامل مع الشكاوى

قد يكون من الصعب التعامل مع شكاوى المرضى أو العائلات الغاضبة بعد وقوع الحادثة. المواجهة معهم ترتكز على أسس عاطفية، فيجب تهدئة المرضى وعائلاتهم أولاً، ثم محاولة إرضائهم. وأحيانًا يكون استيعاب الغضب والاحتواء العاطفي لمشاعرهم السلبية كافياً لحل المشكلة.

وتكون الخطوة الأولى هي الاستماع إلى مخاوف الشخص، ومحاولة تهدئة وضعه. وتؤدي المعارضة والمقاطعة والمجادلة إلى زيادة الغضب والمشاعر السلبية لدى المريض. وبعد استماع مدير التمريض للمرضى وعائلاتهم يحاول حل المشكلة ويطرح تساؤلاً عما هو المتوقع فعله لحل المشكلة، ثم يؤكد المدير للمريض أن كل احتياجاته للرعاية وسبل الأمان يتم توفيرها الآن، ثم يجمع معلومات عن الحادثة، ويتجاوب مع المريض وعائلته حول الحلول المقترحة.

أحيانًا يكون الاعتذار البسيط المقدم من طاقم التمريض، أو نقل المريض إلى غرفة أخرى طريقة لحل مشكلة صعبة. وإذا طلب المريض أو عائلته حلولاً لا تقع ضمن سلطة مدير التمريض، فإنه يطلب المساعدة من مجلس المستشفى القانوني أو من المدير الأعلى مرتبة منه. وقد تزيد الوعود والحلول الوهمية "مثل قول إن كل شيء سيتم الاهتمام به" من المشكلات.

ويجب توثيق كل الحوادث بشكل صحيح. ويجب كتابة كل تفاصيل الحادثة، وكل العوامل التي أثرت فيها. أما التوثيق الطبي فيوضح فقط الحقائق، ومدى الاستجابة الطبية للمريض دون ذكر تفاصيل عن الحادثة. ولا يجب استعمال كلمة خطأ، أو غير مناسب في التقرير.

عندما يحصل المريض على ١٠٠ مليجرام عقار ديمرول (Demerol) بدلاً عن ٥٠ مليجرام كما طلب، فإن التوثيق المناسب لهذه الحالة يكون هكذا "حصل المريض على ١٠٠ مليجرام من عقار ديمرول، وتم إبلاغ الطبيب المعالج ". أما باقي عملية التوثيق فتشمل الاستجابة الفيزيائية للمريض لهذه الجرعة من الدواء مثل "لم تتغير المؤشرات الحيوية للمريض". وإذا حدث رد فعل عكسي أو أثر سلبي للدواء على المريض، فإن الإشارة لهذا الأثر في التقرير الطبي واجبة، وكذلك متابعته، وتحديث حالته. ومع التغيير المستمر لحاله المريض، فإنه يجب الإشارة إلى هذا التغيير حتى يعود إلى الحالة التي كان عليها من قبل.

ولا يجب أبداً استخدام التقرير الطبي على أنّه أداه للتأنيب، أو العقاب، أو التعبير عن الغضب. وتكون التعليقات السلبية مثل: "هذا لم يكن ليحدث" أو أنَ الطبيب طلب العلاج الصحيح منذ البداية"، أو "هذا الاستهتار غير مسموح به"، أو "تم طلب الطبيب ٨ مرات، ولكنه كالعادة لم يجب" غير لائقة ولا تساهم في حل المشكلة بل قد تزيدها. صحيح أن الاستهتار وطلب الأدوية الخاطئة من مسببات الحوادث والمشكلات، إلا أن مكان حلها هو مكتب مدير التمريض، أو لجنه إدارة المخاطر، وليس التقرير الطبي.

ويعد التعامل مع الشكوى بدون تأنيب طاقم العمل أفضل أسلوب لإدارة المواقف. وبالرغم من أن مدير التمريض عليه أن يعلم ما حدث بدقة لمنع حدوث نفس الأخطاء السابقة، إلا أن استخدام سجلات الحوادث من أجل معاقبة الطاقم قد ينتج عنه الخوف من كتابة التقارير، وتقليل عددها وكفاءتها في المستقبل. انظر مثالاً تعامل مدير ما مع موقف من هذا النوع في حالة ٦-١.

السلوك المراعي لمشاعر الآخرين

يتشارك مدير التمريض مع طاقم العمل في خلق الأوضاع التي تساهم في إنشاء بيئة آمنة ومنخفضة المخاطر. ويعد غرس بذور الثقة في نفوس المرضى وذويهم عن طريق ضمان تلقيهم

خدمات ذات اهتمام خاص، وتحقيق رغباتهم بكفاءة من أهم الطرق التي تقلل من المخاطر. وتبنى هذه الثقة من العوامل البيئية والمهنية.

وتعد النظافة، وتقليل الأحاديث الشخصية غير المبررة، والاهتمام بخصوصيات المرضى، والاستجابة الفورية لرغباتهم وطلباتهم وطلبات ذويهم، من أمثلة العوامل البيئية الخالقة لمناخ الثقة. أيضًا فإن إخبار المريض وعائلته باسم المسؤول عن حالته من العوامل المهنية التي تبني مناخ الثقة.

يجب على مدير التمريض أن يعزز من السلوك الإيجابي الذي يرى المشكلة على أنها فرصة لتحسين النظام، بدلاً عن استخدام المشكلة كمبرر للعقاب والتأنيب. أيضًا إذا خلق المدير مناخ عمل مرتكزاً على تحقيق مصلحه المريض، فإن المرضى أنفسهم سيشعرون بأن تحقيق احتياجاتهم هي أولوية طاقم العمل ومن ثم ستنخفض نسبه المخاطر المحتملة.

خلق بيئة خالية من اللوم

يعرف عن مجال الرعاية الصحية بأنّه معتمد على ثقافة التأنيب، أو تبادل اللوم والاتهامات "هذا المجال هو مصدر الأخطاء الطبية والجودة المنخفضة لخدمات الرعاية" (Khatri, Brown,& Hicks, 2009, p. 320). هذه الثقافة تسبب انخفاض جودة التقارير، وعدم الإبلاغ عن الحوادث، وعدم الاهتمام بمشكلات السلامة. أما الثقافة العادلة فتقلل من مخاوف تقديم تقارير الأخطاء الطبية (Gorzeman, 2008). ويعتقد كاتري وبراون وهيكس (Brown, Khatri and Hicks, 2009). أن التحول إلى بيئة أكثر عدالة لا يحسن فقط من آليات التسجيل والإبلاغ عن الحوادث، بل يعزز البيئة التي يستطيع من خلالها الموظفون التعبير عن عدم رضاهم عن السياسات والممارسات، وإظهار مخاوفهم منها، والاعتراف بحدوث الأخطاء الطبية بدون خوف. ويتطلب تعزيز الثقافة العادلة تحقيق الالتزام التنظيمي، والمشاركة الإدارية، وتمكين الموظفين، وتحسين نظام الإبلاغ عن المشكلات. (Gorzeman, 2008)

ويمكن تصنيف الأخطاء إلى الفئات التالية (Gorzeman, 2008):

- الأخطاء البشرية، مثل السلوكيات غير المقصودة والمسببة لنتائج عكسية.
- السلوكيات المعرضة للخطر، مثل العادات الخاطئة والإهمال والاستهتار.
- التصرفات المتهورة، مثل تجاهل معايير السلامة عن قصد.

وتمكن الثقافة العادلة من التعامل مع الحوادث الناتجة عن الأخطاء البشرية. ولكن لا يمكن التسامح مع التصرفات المتهورة، والسلوكيات المعرضة للخطر.

ويتطلب تحسين وإدارة الجودة الاهتمام المستمر بالعمليات والتصرفات الفردية. وكون مدير التمريض هو المسؤول الأساسي عن تعريف المشكلات وخلق ثقافة السلامة والجودة لدى طاقم العمل.

دراسة حالة (٦-١): إدارة المخاطر

ياسمين دبوا هي مديرة تمريض قسم أمراض القلب والقسطرة بإحدى المستشفيات المشهورة بتقديم خدمات صحية ممتازة. ويتيح القسم الذي تعمل به ياسمين استخدام برامج حاسوبية تسجل التقارير الطبية بطريقة إلكترونية بشكل يقلل حاجة الممرضين لتقديم تقارير ورقية للإدارة.

واستقبل القسم حالة سيدة بالـخامسة والأربعين لتقوم بعملية دعامة بالشريان التاجي الأمامي. وأثناء العملية تعرض جدار قلبها للثقب، وتوفيت المريضة.

وبعد يومين من وفاة المريضة طلب زوجها التقارير الطبية الخاصة بها والتي ذُكِر فيها الآتي: "تحملت المريضة العملية جيدًا، واستقرت حالتها الصحية، وتم وضعها بغرفة عادية لاستعادة عافيتها". وذكر على هذا التقرير تاريخ الكتابة ووقت المتابعة وإمضاء الممرضة المسجلة السيدة إليزابيث كلارك. وقد بُلِغ المدير بهذا الخطأ، وطالب بالتحقيق في الواقعة.

وبعد الاجتماع مع المدير، قابلت ياسمين الممرضة إليزابيث لتخبرها عن خطئها وتريها نسخة من التقرير الذي كتبته. وطلبت إليزابيث من ياسمين النسخة الأصلية من التقرير حتى تقوم بإصلاحه. وشككت ياسمين في مقدرة إليزابيث على تغيير خطئها في هذه المرحلة ولكنها طلبت منها أن تضيف إلى التقرير رسالة بتاريخ اليوم لتبين أنها قد أخطأت. وأشارت ياسمين إلى أنَ التصحيح الذي ستذكره إليزابيث في التقرير سوف تتم مراجعته على يد المدير ومحامي المستشفى.

ولتدارك الأخطاء المستقبلية وتحسين صورة المستشفى ، قامت ياسمين بمراجعة كافة التقارير الطبية التي كتبها طاقم التمريض منذ ١٢ شهراً للتأكد من أنه لم تحدث أية أخطاء بهذه التقارير، وأنَ حادثة إليزابيث ما هي إلا حادثة فردية.

الخلاصة

- الإدارة الشاملة للجودة هي فلسفة إدارية تعظم من التزام طاقم العمل لتحقيق الامتياز.
- يهتم التحسين المستمر للجودة بتحسين الأداء.
- تستخدم السيجما الست أدوات القياس، والأهداف، والإدارة لتحسين جودة الخدمات الصحية.

- تحسن السيجما الست المرنة من كفاءة تدفق العمليات، وتقليل النسبة المهدرة من الموارد.
- يحسن أسلوب تعريف مقياس تحليل تحسين المراقبة DMAIC من عملية السيجما الست، وتشمل خطوات تعريف المقاييس، وقياس الخط الأساسي للأداء، وتحليل النتائج، وتحسين الأداء، والسيطرة والحفاظ على الأداء.
- يتطلب تحقيق الأمان والسلامة الكثير من الجهد.
- قد تزيد أو تنخفض التكاليف عند استخدام إحدى مبادرات تحسين الجودة.
- يمكن استخدام الممارسة القائمة على الأدلة، والسجلات الطبية الإلكترونية، ولوحة القياس في تحسين الجودة.
- يجب أن يكون تقليل الأخطاء الطبية أحد الأهداف التي يجب على المؤسسة والدولة تحقيقها.
- يهدف برنامج إدارة الجودة إلى تقليل الحوادث والإصابات، والتدخل في الإدارة إذا وقعت حادثة.
- يجب أن يتجاوب الممرض باحترام مع الشكاوى.
- تساهم البيئة العادلة في تحسين التقارير الطبية الكاشفة عن الأخطاء أو الحوادث، أو السلوكيات غير المناسبة.

أدوات لإدارة وتحسين الجودة

- تذكر أنَ برنامج إدارة الجودة ما هو إلا نظام، فإذا حدث خطأ ما فهذا يشير إلى خلل بنظام إدارة الجودة.
- استخدم معايير ومقاييس الأداء للتعرف على مدى نجاح البرنامج الذي تتبعه في إدارة الجودة.
- اسع للامتياز، ولكن كن مستعداً لتحمل الفشل إذا حدث، فإننا نتعلم من أخطائنا.
- تأكد من أنَ تقارير الحوادث والأداء لا تستخدم لإلقاء اللوم أو لمعاقبة الآخرين، ولكنها تشكل أساس تحسين النظام القائم.
- تأكد من أن السلوك الطيب والمحترم هو أفضل وسيلة لتجنب الحوادث.

عند وقوع الحوادث قم بالآتي:

• اجتمع مع المدير ومحامي المؤسسة لمراجعة التقارير، والتعرف على أسباب الحادثة، وما الاجراءات التي يجب اتخاذها؟

• قم بتوفير كافة المعلومات المتاحة عن الحادثة.

• راجع التقارير لاكتشاف ما إذا كانت هذه الحادثة فردية، أم هي شائعة الحدوث.

• تحدث مع طاقم العمل عن الحادثة.

• حدد لماذا كان يجب معاقبة المسؤول عن الحادثة.

• تابع سير الأمور مع المدير والإدارة والموارد البشرية.

• استمر في التعامل مع المحامي إذا ترتب على الحادثة أية إجراءات قانونية أخرى.

التقويم :

• إذا كانت إدارة المؤسسة التي تعمل بها في حيرة لمعرفة البرنامج الواجب اتباعه لتحسين الجودة، فما الذي تقترحه لها؟ ولماذا؟

• هل تعلم ما معايير ومقاييس الأداء التي تستخدمها المؤسسة التي تعمل بها ؟ وهل النتائج والمعلومات تكون متاحة للجميع ؟

• ما المجموعات المسؤولة عن وضع المعايير بداخل المؤسسة التي تعمل بها ؟

• هل عانى أحد تعرفه من الأخطاء الطبية المتسببة في وقوع الحوادث، ماذا حدث؟ وكيف تم تعويض هذا الشخص؟ وما الذي كنت ستفعله إذا كنت أحد المسؤولين بالمؤسسة المسببة للحادثة؟ وما الذي كنت ستفعله لتجنب وقوع مثل هذه الحوادث في المستقبل؟

• هل رأيت أحداً ما يقوم بأمر غير صحيح، أو يتصف بالإهمال؟ ماذا حدث؟ وكيف تعاملت معه المؤسسة؟ وما الذي يمكنك فعله لخلق بيئة خالية من اللوم في مؤسستك؟

المراجع

Anderson, E. F., Frith, K. H., & Caspers, B. (2011). Linking economics and quality: Developing an evidence-based nurse staffing tool. *Nursing Administration Quarterly, 35*(1), 53–60.

Brown, C. E., Wickline, M. A., Ecoff, L., & Glaser, D. (2008). Nursing practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing, 64*(4), 371–381.

Cebul, R. D. (2008). Using electronic medical records to measure and improve performance. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association, 119*, 65–76.

Chan, K. S., Fowles, J. B., & Weiner, J. P. (2010). Electronic medical records and the reliability and validity of quality measures: A review of the literature. *Medical Care Research and Review, 67*(5), 503–527.

Chassin, M. R., Loeb, J. M., Schmaltz, S. P., & Wachter, R. M. (2010). Accountability measures: Using measurement to promote quality improvement. *The New England Journal of Medicine, 363*(7), 683–688.

Davis, K. K., Capozzoli, J., & Parks, J. (2009). Implementing peer review: Guidelines for managers and staff. *Nursing Administration Quarterly, 33*(3), 251–257.

DMAIC tools: Six sigma training tools. (2011). Retrieved October 21, 2011 from http://www.dmaictools.com

Federico, F. (2010). An overview of error-reduction options. *Nursing Management, 41*(9), 14–16.

Frith, K. H., Anderson, F., & Sewell, J. P. (2010). Assessing and selecting data for a nursing services dashboard. *Journal of Nursing Administration, 40*(1), 10–16.

Frith, K. H., Tseng, R., & Anderson, F. (2008). The effect of nurse staffing on patient outcomes in acute care hospitals. *2008 Mini Grant Proceedings.* Huntsville, AL: University of Alabama in Huntsville, 1–10.

Fujita, L. Y., Harris, M., Johnson, K. G., Irvine, N. P., & Latimer, R. W. (2009). Nursing peer review: Integrating a model in a shared governance environment. *Journal of Nursing Administration, 39*(12), 524–530.

Gorzeman, J. (2008). Balancing just culture with regulatory standards. *Nursing Administration Quarterly, 32*(4), 308–311.

Hader, R. (2010). The evident that isn't . . . interpreting research. *Nursing Management, 41*(9), 23–26.

Heath, C. & Heath, D. (2010). *Switch: How to change things when change is hard.* New York: Crown.

Hedges, C. (2006). Research, evidence-based practice, and quality improvement. *AACN Advanced Critical Care, 17*(4), 457–458.

Hitchings, K. S., Davies-Hathen, N., Capuano, T. A., & Morgan, G. (2008). Peer case review sharpens event analysis. *Journal of Nursing Care Quality, 23*(4), 296–304.

Hyun, W., Gakken, S., Douglas, K., & Stone, P. (2008). Evidence-based staffing: Potential roles for informatics. *Nursing Economics, 26*(3), 151.

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2011). *Current IHI strategic initiatives.* Retrieved May 26, 2011 from http://www.ihi.org/IHI/Programs/StrategicInitiatives/

Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2009). *IHI Collaborative: Transforming care at the bedside.* Retrieved May 9, 2011 from http://www.ihi.org/IHI/Programs/Collaboratives/

TransformingCareattheBedside.htm

Institute of Medicine. (1999). *To err is human: Building a safer health system.* Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (2003). *Health professions education: A bridge to quality.* Washington, DC: National Academy Press.

Joint Commission. (2011). *Hospital national patient safety goals.* Retrieved May 26, 2011 from http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2011_NPSG_Hospital_3_17_11.pdf

Kazley, A. S., & Ozcan, Y. A. (2008). Do hospitals with electronic medical records (EMRs) provide higher quality care? *Medical Care Research and Review, 65*(4), 496–513.

Khatri, N., Brown, G. D., & Hicks, L. L. (2009). From a blame culture to a just culture in health care. *Health Care Management Review, 34*(4), 312–322.

National Quality Forum (NQF) (2011). *About NQF.* Retrieved May 26, 2011 from http://www.qualityforum.org/About_NQF/About_NQF.aspx

Needleman, J. (2008). Is what's good for the patient good for the hospital? *Policy, Politics, and Nursing Practice, 9*(2), 80–87.

Niemeijer, G. C., Trip, A., Ahaus, K. T. B., Does, R. J. M. M., & Wendt, K. W. (2010). Quality in trauma care: Improving the discharge procedure of patients by means of Lean Six Sigma. *Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care, 69*(3), 614–619.

Reeves, K. (2207). New evidence report on nurse staffing and quality of patient care. *MEDSURG Nursing, 16*(2), 73–74.

Swearingen, S. (2009). A journey to leadership: Designing a nursing leadership development program. *Journal of Continuing Education in Nursing, 40*(3), 107–112.

Unruh, L., Agrawal, M., & Hassmiller, S. (2011). The business case for transforming care at the bedside among the "TCAB 10" and lessons learned. *Nursing Administration Quarterly, 35*(2), 97–109.

Westbrook, J. I., Woods, A., Rob, M. I., Dunsmuir, W. T., & Day, R. O. (2010). Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Archives of Internal Medicine, 170*(8), 683–692.

Weiss, A. P. (2009). Quality improvement in healthcare: The six Ps of root-cause analysis. (Letter to the editor). *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 372.

Wu, A. W., Lipshutz, A. K., & Pronovost, P. J. (2008). Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. *Journal of the American Medical Association, 299*(6), 685–687.

Yamamoto, J. J., Malatestinic, B., Lehman, A., & Juneja, R. (2010). Facilitating process changes in meal delivery and radiological testing to improve inpatient insulin timing using Six Sigma method. *Quality Management in Health Care, 19*(3), 189–200.

الفصل السابع

السلطة والسياسة

تعريف السلطة

السلطة والقيادة

السلطة: كيف ينجز المديرون والقادة الأمور؟

استخدام السلطة:

- السلطة الصورية (Image as Power)
- الاستخدام الصحيح للسلطة

الرؤية المشتركة:

السلطة والسياسة والسياسات

- التاريخ السياسي لمهنة التمريض
- استخدام المهارات السياسية في رسم السياسات
- التأثير على السياسات العامة

تفعيل مهارات السلطة والسياسة للوصول لمستقبل أفضل

بعد الانتهاء من هذا الفصل سنتعرف على الآتي:

- تعريف السلطة.
- كيفيه استخدام السلطة.
- كيف تكون الصورة والهيئة مصدرًا للسلطة.

- كيفية استخدام الرؤية المشتركة كإحدى أدوات السلطة.
- كيف تؤثر السياسة على السياسات.
- كيف يمكن للممرض أن يستخدم السياسة للتأثير على السياسات .

تعريف السلطة

هي المقدرة على التأثير على الآخرين (Hersey, 2011). وتتواجد السلطة في جميع المجالات الإنسانية سواء أدرك المرء ذلك أم لا. وقد تكون السلطة متماثلة وذلك عندما يتواجد حزبان متساويان ومؤثران أحدهما على الآخر، وقد تكون السلطة غير متماثلة، وذلك عندما يكون شخص أو مجموعة ما أكثر قوة من الآخرين (Mason, Leavitt and Chaffee, 2011). وقد تكون السلطة أمرًا استثنائيًا في حزب ما أو ممكن أن تكون تشاركية بين مجموعة من الأشخاص، أو المجموعات. وحتى يستطيع الممرضون الحصول على السلطة والتعامل معها بفاعليه واستخدامها بمهارة، عليهم أن يتعرفوا على مصادر وأنواع السلطة التي سيستخدمونها للتأثير على رعاية المريض وتحسينها.

السلطة والقيادة

تعتمد السلطة الحقيقية – السلطة المرتكزة على المبادئ principle-centered power – على الشرف والاحترام والولاء والالتزام. ويتطابق نموذج السلطة المرتكزة على المبادئ مع قيم ومبادئ التمريض، حيث إنه مبني على الالتزام والاحترام والصدق والولاء. وقد أنشأ ستيفن كوفي هذا النموذج في عام ١٩٩١. ويطبق القادة هذا النموذج كثيرًا، وفي كل المجالات (Ikeda, 2009). ويمكن مشاركة السلطة بشكل طبيعي عندما تصبح مرتكزة على مبادئ وقيم الفرد، ولكن في الواقع كون السلطة شيئاً يمكن مشاركته مع الآخرين يتناقض مع الاعتقاد السائد بأن السلطة شيء يجب الحفاظ عليه ويستخدم لتحقيق مصالح شخص ما.

وتنبثق سلطة القيادة من قدرة المحافظة على التأثير الاستباقي على الأشخاص، وذلك لأن التابعين يحترمون ويثقون بالقائد الذي يقوم بالفعل الصحيح للأسباب الصحيحة. وباعتبار أنَ الممرضين سيصبحون قادة الرعاية الصحية، فعليهم فهم واختيار السلوكيات التي تفعل نموذج السلطة المرتكزة على المبادئ، وهي كالآتي:

• تعرف على الناس، وتفهم أن ما يريده الآخرون ليس بالأمر السهل.

• كن منفتحًا. واجعل الآخرين على علم بالأمور، لكي ينتشر الاحترام والصدق والثقة بنفس مقدار انتشار الخوف والشك والخداع.

• تعرف على قيمك ورؤيتك، حيث إن القدرة على تعريف الأهداف هي قدره الاختيار.

• زد من كفاءتك الشخصية. واستمع إلى الآخرين باهتمام، وتعلم كيف تعبر عن أفكارك بشكل جيد.

• استخدم سلطتك في تمكين الآخرين. وكن منتبهًا لديناميكية السلطة، واهتم بالقواعد العامة مثل تشجيع الأفكار المعارضة واحترامها.

• وسع حلقة التأثير والتواصل الخاصة بك، فأحياناً تنمو السلطة من احتياجات الآخرين.

السلطة: كيف ينجز المديرون والقادة الأمور؟

كلاسيكيًا، يستخدم المديرون الشرعية والسلطة لإجبار الموظفين على القيام بالمهام وتحقيق الأهداف. أما الآن فيقوم المديرون بإقناع وتحفيز وإلهام الموظفين، ونشر الطاقة والمهارة بينهم، من أجل التغلب على المقاومة ضد التغيير. لكن استخدام القائد للسلطة مختلف، إذ إنَه يغير من تصرفات وسلوك الأشخاص من خلال استهداف احتياجاتهم والقيام بتحفيزهم. وعموماً توجد سبعة أنواع للسلطة الشخصية التي يمكن استخدامها في التأثير على الآخرين (Hersey, 2011) وهي:

• قوة الإثابة (الثواب): وهي تتوقف على الإغراءات التي يمكن أن يقدمها المدير للأفراد، وذلك في مقابل تعاونهم في تحقيق أهدافه. وتعتمد كفاءة هذه القوى على الكيفية التي يقيس بها التابع المنافع المتوقعة. مثلاً يمكن أن يكافئ المدير فريق الممرضين الذين وافقوا على العمل لوقت إضافي بأن يقدم لهم أذون خروج مدفوعة الأجر بغرض التعلم. وتعتمد هذه القوى أيضًا على المسؤوليات الرسمية التي يتحملها المدير.

• القوى القهرية (العقاب): وتعتمد على العقوبات التي يفرضها المدير على مجموعة أو فرد معين. وهنا يصبح حافز العمل هو الخوف من التعرض للعقاب، أو توقف الحصول على مكافآت. مثلاً قد يفرض المدير مهامَّ صعبة، أو يقوم بالتوبيخ، أو يقدم توصية بإنهاء عمل ممرض ما تسبب في سلوك سلبي. وترتبط هذه القوى بسلطة المدير المحددة لسلوك الأفراد.

• القوى الشرعية: وتعتمد على حق المدير في طلب القيام بمهمة ما، وذلك بسبب شرعيته المستمدة من وظيفته، ودرجته بالهيكل الهرمي للمؤسسة. ويستجيب الموظفون لهذه القوى بسبب تقبلهم لحق المدير في طلب مهمة معينه وتطبيق العقاب أو الثواب، وذلك من أجل تحقيق مهمة المؤسسة وأهدافها. فمثلاً يستجيب الموظفون لطلب المدير بإعطائهم إجازة بدون مرتب في حالة انخفاض ضغط العمل عن المستويات المقبولة وذلك بسبب معرفتهم بأن المدير مرتبط بميزانية معينة ومستويات معينة للنفقات لا يجوز تجاوزها.

• قوة المعرفة: وتعتمد على امتلاك مهارات ومعارف وكفاءات فريدة. وغالباً ما يكون مديرو التمريض أكثر تأهيلاً لتحديد ما يجب فعله في ظل ظروف معينة وذلك يرجع إلى معرفتهم العلمية الوفيرة وخبراتهم الكثيرة. ويطيعهم الموظفون بسبب احترامهم لخبرات المدير الغزيرة. وترتبط قوه المعرفة بقدرة الفرد على تطوير ذاته عن طريق اكتساب الخبرات والمهارات والتعلم. وغالباً ما يطلب الممرضون حديثو التخرج نصائح من المديرين حول كيفيه إجراء عمليات إكلينيكية معينة، أو لحل مشكلات مع زملائهم بالعمل.

• القوة المرجعية (قوة الاحترام): وهي مبنية على احترام وتقدير الشخصية، حيث يستجيب التابعون للمدير بسبب احترامهم له وإعجابهم به. وترتبط هذه القوة مع نجاح المدير وقدرته على أن يصبح محبوبًا من الناس. مثلاً قد يطلب الممرضون حديثو التخرج المشورة من الممرضين المحترمين الذين هم أكثر خبرة حول كيفية تخطيطهم لحياتهم المهنية.

• قوة امتلاك المعلومات: وتعتمد على قدرة الوصول للمعلومات المهمة. ويستجيب التابعون للمدير بسبب رغبتهم في الحصول على المعلومات لأغراضهم الشخصية. وترتبط هذه القوه بالمنصب الوظيفي والصلات والمهارات التواصلية للمدير. مثلاً يحوز مدير التمريض على معلومات خاصة مرتبطة بتغيرات تنظيمية سوف تغير من بيئة عمل الموظفين. وقد يستخدم المدير قوة امتلاكه للمعلومات للسيطرة على حضور الموظفين، وذلك عن طريق مشاركته إياهم بعض المعلومات في أثناء اجتماع وظيفي ما.

• قوة الاتصال: وتعتمد على الصلات الرسمية أو غير الرسمية لأشخاص مؤثرين أو معروفين بداخل أو خارج المؤسسة. ويستجيب التابعون للمدير بسبب رغبتهم في التعرف على هؤلاء الأشخاص المؤثرين. وترتبط هذه القوة أيضًا بحالة الشخص وقدرته على إظهار ذاته. مثلا إذا كان مدير التمريض جاراً لأحد أعضاء المجلس التنظيمي، فإن التابعين يعتقدون أن تواصلهم مع معارف المدير سوف يمكنهم من حماية وتقوية وضعهم الوظيفي.

ولدى المديرين القوة الشخصية والوظيفية. وتتحدد القوه الوظيفية من الوصف الوظيفي والمسؤوليات الموكلة، والكفاءة والشرعية، واتخاذ القرارات، وقدر الخصم من المرتبات. وتعد قوى الإثابة، أو المعاقبة، والشرعية من القوى الوظيفية للمدير، لأنها مستمده من مسؤوليات وصلاحيات المنصب الوظيفي. وتتوقف قدرة المديرين على الإثابة أو المعاقبة على سياسة المؤسسة التي يعمل بها. وترتبط قوة الحصول على المعلومات والقوة الشرعية أيضًا بمنصب المدير في الهيكل الوظيفي للمؤسسة.

وغالباً ما تتوقف قوى المعرفة وامتلاك المعلومات والاحترام والاتصال على الصفات الشخصية للمدير. وتشير القوى الشخصية إلى سمعة وخبرة ومصداقية الشخص، بالإضافة إلى قدرته على بناء الثقة والتحكم في المعلومات والموارد. ويعتمد المدى الذي يتم فيه استعمال قوى المعرفة والاحترام وامتلاك المعلومات والصلات على المهارات والعلاقات الشخصية، كما تعتمد هذه القوى على احتياجات الموظفين، والطرق التي يمكن بها تحفيزهم.

ويوضح الصندوق (٧-١) كيفية استخدام الممرضين لهذه القوى بداخل مؤسساتهم.

الصندوق (٧-١). كيف تستخدم سلطتك بداخل المنظمة؟

إرشادات استخدام السلطة الشرعية:

- اجعل أوامرك واضحة واستخدم لهجة محترمة عند إصدارها.
- لا تتخطَ حدود سلطاتك.
- تابع أداء الموظفين .
- اشرح أسبابك.
- استخدم القنوات الشرعية .

تابع الصندوق ٧-١

إرشادات استخدام سلطة الإثابة:

- قدم الحوافز التي يرغب بها الموظفون.
- لا تعد بما لا تستطيع تحقيقه.
- قدم الحافز عند تحقق الشروط.
- كن عادلاً عند تقديم الحوافز.
- ضع شروطاً لإعطاء الحوافز، وحاول أن تجعلها بسيطة.
- لا تكن استغلالياً عند تقديم الحافز.

إرشادات استخدام السلطة القهرية :

- وضح قوانين وأخلاقيات العمل بطريقة سهلة، وأكد على النتائج السلبية لخرق هذه القوانين.
- في حالات عدم الامتثال للقوانين يجب إصدار عدة إنذارات قبل تطبيق العقاب.
- كن هادئًا ولا تظهر كراهيتك لشخص ما أو غضبك منه.
- عند استمرار المخطئ وعدم امتثاله للتهديدات والإنذارات اتبع إجراء حاسماً معه.
- لا تميز بين الآخرين. كن عادلاً عند تفعيل الجزاءات.
- لا تتسرع في إصدار التهديدات، ولا تُهِنْ شخصاً أمام الآخرين.
- حاول مساعدة المخطئين إذا لم يعرفوا خطأهم، وحاول تصحيح أخطائهم .

إرشادات استخدام سلطة المعرفة:

- لا تجمل الحقائق ولا تغيرها.
- استمع إلى آراء الآخرين.
- عند تقديمك لمقترح ما حاول توضيح أسباب قيامك بهذا، وفوائده.
- لا تصدر أفكاراً وآراء متسرعة .
- تصرف بحزم في الأزمات.
- استخدم الأدلة لتأكيد أهمية أفكارك.

كيف تكتسب وتستخدم سلطة الاحترام؟

- كن داعمًا ومساعدًا للآخرين.
- دافع عن الناس، وكن عونًا لهم عند حدوث مشكلة.
- كن مضحيًا من أجل الآخرين.
- كن صادقًا.
- لا تتبع أهواءك، ولا تفرق بين الأشخاص.
- نفذ وعودك.

Adapted from Yukl, G. (2007). *Leadership in organizations* (6th ed.) (pp. 150–156). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.Reprinted by permission.

استخدام السلطة

بالرغم من مكاسب السلطة المرتبطة بالكبرياء والاحترام إلا أن كثيرًا من الممرضين يجدون السلطة أمراً غير محبب أو جاذب، فغالباً ما يرى الممرضون أن مصطلح السلطة يرمز إلى قوة الاستيلاء أو قوة تحقيق الفرد لمصالحه الشخصية. وغالباً ما يفضل الممرضون أسلوب تشارك السلطة والتمكين، بمعنى سلطة الحكم مع الآخرين وليس سلطة الحكم على الآخرين.

السلطة الصورية (Image as Power)

تعد السلطة الصورية أحد أكبر مصادر السلطة لدى الممرضين. وإن لم يكن لدى الفرد سلطة حقيقية مستمدة من مصدر شرعي ما، فإن تصور الأفراد بأن فلاناً قوي يمنحه ذلك درجة من درجات السلطة. ويمكن تعميم القاعدة السابقة على المهن، فعندما يعتقد العامة أن مهنة التمريض مهنة قوية ومؤثرة، فإن مقدره المهنة في تحقيق أهدافها وأجندتها ستعظم.

وتنشأ السلطة الصورية من التفاعلات والاتصالات مع الآخرين. إذا تفاعل الممرضون وتواصلوا مع العامة بصورة رحيمة تثبت خبرتهم المهنية في تقديم خدمات الرعاية الصحية، فإن ذلك يعكس صورة جيدة للممرضين وللمهنة بشكل عام. ويجب على الممرضين أن يتفهموا أهمية وفائدة الصلات والتفاعلات الإيجابية مع الآخرين حيث إن تكوين صورة إيجابية ينعكس بشكل مفيد على الفرد والمهنة.

وتستطيع كممرض أن تعزز من سلطتك الصورية عن طريق الآتي:

• يمكنك أن تعطي انطباعاً بأنك شخص ذو سلطة عن طريق تقديم الذات بطريقة جيدة، أو بالتواصل عن طريق العينين، أو المصافحة، فإذا قدم الممرض نفسه للطبيب باستخدام اسمه الأول فقط فإنه بذلك يخلق مجالاً للقوة غير المتكافئة بينه وبين الطبيب، إلا إذا كان الطبيب يستخدم أيضًا اسمه الأول كطريقة لتقديم نفسه. وغالباً ما لا تبدأ السيدات بالمصافحة، ولكنها تعد طريقه فعالة في إظهار القوة عند المجتمع الذكوري. وفي الدول الغربية يشكل اتصال العينين إحدى الطرق التي تظهر الثقة بالنفس، وتعزز من الاتصال بين الشخص المتحدث والآخرين. ويمكن أن تؤثر هذه السلوكيات على صورة الممرض فتظهره أكثر قوة وكفاءة.

• يمكن أن ترمز الملابس إلى القوة والنجاح (Sullivan, 2013)، وبالرغم من أن الممرضين يعتقدون بأن اختياراتهم للملابس مقيدة بالزي الرسمي المفترض ارتداؤه في أثناء العمل، إلا أن طريقة ظهور هذا الزي الرسمي تعد إحدى طرق إظهار السلطة. مثلاً يريد مدير التمريض إظهار صورة قوية عندما يتعامل مع أعضاء التمريض والإداريين وبقية طاقم العمل الذي يضع السياسات

التنظيمية. وبالطبع يختار المدير المخضرم ارتداء بدلة في أثناء اجتماعاته مع الإدارة العليا واللجان المهمة. وبالتأكيد فإن الاهتمام بالتفاصيل واختيار الزي المناسب يعزز من صورة الممرض.

• أيضًا فإن إظهار السلوكيات الإيجابية والنشطة تدل على أنك شخص فعال ويجب إشراكه في المسائل المهمة. ويدل التذمر المستمر على أنَك شخص ضعيف، بينما يشير التفاؤل المستمر، وعدم اليأس، والثقة في وجود حل ما لأي مشكلة إلى قوة الشخص، وهو ما يزيد من ثقة الآخرين فيه.

• الانتباه إلى الطريقة التي تتكلم بها، والأسلوب الذي تتبعه في أثناء التحدث إلى الآخرين، حيث تعبر لغة الجسد عنك أكثر مما يمكن أن تفعله الكلمات، وحيث يعزز الصوت الهادئ، والتلفظ الواضح بالكلام، والوقفة المستقيمة، والتحرك النشط من صورتك الشخصية. ويجب أن تتأكد من انعكاس تأثير كلماتك بردود الفعل الجسدية، بأن تتماشى تعبيرات الوجه والجسد مع الرسالة التي تريد ايصالها.

• استخدم الأشكال والحقائق في إيضاح بعض النقاط، فغالباً ما يتم تغيير السياسات نتيجة لعرض بيانات موضوع ما. ويتطلب ذلك تجميع وتحليل البيانات بشكل متمرس من أجل إظهار نفسك كلاعب فعال في عمليات وضع السياسات. وتساعد التكنولوجيا الحديثة في ذلك (انظر الفصل السادس). وتذكر دائمًا أن القوه تنبع من الإدراك، ولهذا يجب استخدام البيانات المتاحة كطريقة لدعم الأفكار والأحكام الشخصية.

• معرفة التوقيت المناسب للتواجد في المكان المناسب الذي تستطيع فيه التواصل مع الشخصيات البارزة للمؤسسة. وهذا يتطلب حضور الأحداث والاجتماعات والاحتفالات، حتى وإن لم تكن تستهدف الممرضين، كما يجب الإصرار على حضور جلسات وضع السياسات المؤثرة على طاقم ونظام العمل. ويكون التأثير أكثر فاعلية عندما يُبنى على العلاقات الشخصية والرؤية المباشرة للأشخاص المهتمين: "إذا لم يكن تعاملي معك شخصياً وبصورة مباشرة، فلن أستطيع طلب المعلومات والتحليلات والتوصيات منك". ولهذا يجب أن تظهر نفسك، متاحاً للجميع، ومساعداً للآخرين، وبهذا ستكون عضوًا مؤثرًا لدى متخذي القرار في أثناء وضع السياسات، حيث تقوم بتقديم المعلومات وتفسير البيانات وتأكيد أهميه التمريض في نظام الرعاية الصحية.

• يجب بناء علاقات وشراكات قوية في أثناء التعامل مع الأفراد خارج مجال التمريض. تعلم كيفية إظهار الدعم أو القيام باللوم عند التعامل معهم. وفي حالة العمل على مشاريع خارجية يجب أن تستخدم كلمه "نحن"، وليس "أنتم"، كما يجب أن تكون واضحاً في أثناء التعبير عما يجب فعله. إذا لم تسر الأمور على ما يرام يجب أن تقول ذلك. لا يجب تقبل آراء الآخرين كأنه أمر واقع، حيث إن الوقائع يمكن تشكيلها بسهولة لتتناسب مع الأجندة الشخصية للأفراد. لا تفترض بأن لديك كل المعلومات، ويجب دومًا أن تبحث عن البيانات وتطلب تواجدها. احذر من التعليقات غير المرغوب فيها، ولكن في نفس الوقت لا تخش من الانتقاد طالما كان في السياق المقبول. كما يجب تقديم الثناء قبل النقد حتى يتقبل الآخرون الانتقادات. تأكد من رغبة الشركاء في سماع كافة الجوانب الإيجابية والسلبية لموضوع ما، وعليك أن تسأل: "هل تريدون الحديث عن هذه المسألة الآن أم لا؟" وعند الاتفاق على أمر ما بشكل مؤكد لا تقم بإعادة المناقشة فيه.

• تعرف على الأشخاص المهمين الذين يقعون في دائرة التأثير الخاصة بك، فيجب أن تكون جزءاً من شبكة العلاقات، فإذا ما أراد الأفراد تنسيق حدث ما أو اجتماع لمناقشة أمور خاصة بالإدارة يجب أن يكون اسمك في قائمة من يجب أن تتم دعوتهم للحضور مع كبار المديرين، فكلما زادت صلاتك مع المديرين ووسطاء القوة، ازداد الدعم المقدم لك ولمهنتك في المستقبل. أيضًا كلما أظهرت سلطتك الصورية، اكتسبت المزيد منها.

• اعرف من يمتلك السلطة، وحدد من هم وسطاء السلطة. وطوِر إستراتيجية تمكنك من التعرف على وسطاء السلطة، وذلك من خلال بناء التحالفات والتكتلات. وتعرف على الكيفية التي تجعلك أحد الأشخاص المهمين بالمؤسسة. وتعلم فن تحديد ما ومتى وكيف يتم تبادل المعلومات، ومع من تتبادل من أصحاب السلطة. واختر الوقت المناسب، وكن من الذين يضعون أنفسهم بالمكان المناسب في الوقت المناسب. وكرس مجهودك وتأثيرك على الموضوعات ذات الأهمية والمنافع الأولية.

• استخدم سلطاتك في تعزيز التوافق على أهداف المؤسسة، وطريقه الوصول لهذه الأهداف، والثقافة التنظيمية التي تربط بين طاقم العمل. وبما أن الممرضين أكثر قربًا وتعاملاً مع المرضى، فعليهم يقع العبء الأكبر لفهم احتياجاتهم وطلباتهم. وفي المستشفيات، يكون الممرضون أول من يتعامل مع المرضى، ويستمرون في التعامل معهم على مدى الأربع والعشرين ساعة، وعلى

مدار سبعة أيام. وفي أثناء تعاملهم مع المرضى يمكن أن يستخدم الممرضون مبادئ علم التسويق لتعزيز وضعهم وصورتهم كمقدمين محترفين لخدمات الرعاية.

يجب أن يسوق الممرضون لمهنتهم وإظهار أنها من أخطر وأهم المهن، وذلك عن طريق إظهار كفاءتهم المهنية وقدرتهم على تحقيق أهداف الرعاية الصحية. ومن المنظور التسويقي، يجب على الممرضين أن يوضحوا الآتي : ما مهنة التمريض؟ وما فائدتها؟ وما الذي تقدمه المهنة للآخرين؟ وما التطورات الحادثة فيها؟ وذلك لكل الفئات التي يتعاملون معها (المرضى، والأطباء، والأكاديميون، والمجتمع) وعليه سيدرك الآخرون أن مهنة التمريض تقدم خدمات ذات كفاءة مبنية على أسس علمية، وهذا سيجعل الآخرين مقدرين لمجهودات الممرضين ومهنتهم.

وتقدم الخدمات التمريضية مؤشرًا على كفاءة وجودة أي مؤسسة صحية، فيجب تقدير مدى جودة الخدمات التمريضية وتحسينها باستمرار. ومن خلال تعرف الممرضين على احتياجات وتفضيلات المرضى، والطريقة التي يقدمون بها خدمات الرعاية للمرضى، فإن المؤسسة الصحية تكتسب السمعة الحسنة، فتزداد من ثم إيراداتها المالية. وتتكامل الصورة الحسنة للمؤسسة مع جودة خدماتها في إظهار قوة وفاعلية مهنة التمريض ككل.

الاستخدام الصحيح للسلطة

تؤثر السلطة بشكل دائم على علاقاتك مع الآخرين، ولهذا يجب أن تقلل من استخدامك للسلطة، وأن تبقيها لحالات الضرورة فقط، كما يجب أن تستخدمها بشكل مناسب للموقف المطلوب حسمه (Sullivan, 2013). الجدول (٧-١) يبين قواعد استخدام السلطة.

قد يقلل الاستخدام السيئ للسلطة من مكانة وفاعلية ومصداقية واحترام المدير. وتستخدم السلطة بشكل مبالغ فيه عندما يتم اتخاذ قرارات مبالغة وغير مناسبة لحجم الموقف أو المشكلة. وعندما تفشل السلطة في حل مشكلة ما، فهذا يدل على ضعف سلطة الفرد.

وقد تستخدم السلطة بشكل غير مناسب حين يحاول المدير تدمير خصومه، والقضاء على أي منافسة مستقبلية. ويطلق على مثل هذه الممارسات لقب "التلاعب بالسلطة"Power plays". ويمكن أن تدل الجمل الآتية على مواقف التلاعب بالسلطة:

هل تستطيع إثبات ذلك؟

إما أن تقوم بهذا أو هذا، اختر موقفك.

تقول كذا وكذا...

الجدول (٧-١). قواعد استخدام السلطة.

قواعد استخدام السلطة:
• استخدم أقل قدر من السلطة عند تعاملك مع الآخرين.
• يجب أن يتساوى مقدار السلطة المستخدمة مع مقدار الموقف أو المشكلة.
• تعرف على التوقيت المناسب لاستخدام السلطة.
• استخدم لغة الحوار المؤدبة عند إصدار الأوامر.
• ركز على المشكلة، وليس الشخص.
• استخدم أدوات العقاب بتعقل.
• وسع من علاقاتك وصلاتك لأنها ستفيدك في المستقبل.
• اكتسب احترام الآخرين.
From Sullivan, E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses (2nd ed.). Upper Saddle RiverNJ: Prentice Hall. Reprinted by permission..

مثل هذه الجمل تجعل الآخرين يشعرون بعدم الأمان، والإحراج، والحيرة، والغضب، والكراهية. فإن وجهت لك مثل هذه الجمل فتجاهلها، وقم بشرح موقفك بطريقة حازمة. استخدم لغة معتدلة، وتجاهل الاتهامات. وإذا لم تجب على هذه الاتهامات فإن منافسك لن يستطيع التلاعب بك أو التأثير على صورتك.

ويجب أن يستخدم الممرضون السلطة لحل المشكلات الحقيقية المتعلقة بكيفية إدارة الموارد، فلا يجب إهدار طاقتهم على الأمور السطحية. ويجب استخدام السلطة لإعادة تشكيل مسؤوليات ومهام مهنة التمريض للتكيف مع البيئة المتغيرة المحيطة بها.

الرؤية المشتركة

يعد إشراك الموظفين في رؤية المؤسسة (Shared Visioning) أحد أهم أدوات التأثير على الموظفين، وهي عملية تبادلية يلتزم من خلالها كلٌ من الموظفين والقادة بتحقيق أهداف المؤسسة

(Kantabutra, 2009; Pearce, Conger,& Locke, 2008). والرؤية هي التصور المستقبلي لوضع للمؤسسة (Kantabutra, 2008). ويجب أن تشجع الرؤية قادة وموظفي المؤسسة وتلهمهم حتى يحققوا أهدافها.

وقد عفا الزمن على أسلوب الإدارة القائم على إصدار أوامر مباشرة من المدير (Pearce, Conger,& Locke, 2008) فبيئة العمل الحديثة تتطلب تطبيق مبادئ الإدارة القائمة على المشاركة بين المدير وموظفيه. فإشراك الموظفين والقادة معًا في رسم رؤية المؤسسة ينعكس إيجابياً على بيئة العمل، فيفعل الموظفون كل ما في وسعهم لتحقيق الأهداف.

و قد أكد كانتبترا على أهمية دور المدير في عملية رسم الرؤية المشتركة، فهو يشجع ويقود فريقه للمشاركة في وضع أهداف المؤسسة.

السلطة والسياسة والسياسات

السياسة هي فن التأثير على الآخرين لجعلهم يحققون أهداف المؤسسة (Mason, Chaffee,& Leavitt, 2011). السياسة هي:

- توجه شخصي يتطلب استخدام مهارات الاتصال والإقناع.
- نشاط جماعي يتطلب الدعم من كثير من الأفراد.
- عملية تخطيطية وتحليلية تتطلب تقييمًا موضوعياً للمشكلة، ورسم خطة لحلها.
- سلطة صورية تتطلب الاهتمام بالصورة الشخصية للفرد لتعزيز سلطته أمام الأفراد.

التاريخ السياسي لمهنة التمريض

بدأت الحركة السياسية لمهنة التمريض على يد Florence Nightingale، واستمرت مع ظهور كليات التمريض ومنح المرأة حق الاقتراح. وقد تطورت الحركة السياسية للمهنة مع إنشاء المؤسسات الصحية (Sullivan, 2013)، ثم إنشاء المركز القومي للصحة، والمركز القومي لأبحاث التمريض (الذي أصبح فيما بعد المعهد القومي لأبحاث التمريض) ليدل على قوة الحركة السياسية لمهنة التمريض.

نبذة عن المعهد القومي لأبحاث التمريض

بعد أن أصدرت كلية الطب تقريرًا يوصي بإنشاء كيان فيدرالي لأبحاث التمريض، باعتباره إحدى وسائل تطوير البحث العلمي، بدأ قادة التمريض بإطلاق مبادرة لإنشاء معهد للتمريض بداخل المعهد القومي للصحة. وقد أدت تلك المطالبات إلى تشكيل لوبي بالكونجرس مكون من ممثلين لإدارة الرئيس ريجان و ممثلين للمعهد القومي للصحة. تحمس بعض أعضاء اللوبي لفكرة إنشاء معهد للتمريض بسبب رؤيتهم أن هذا المعهد سيطور من الإدارة الصحية للبلاد، أما ممثلو الرئيس ريجان فلم يجدوا مبررًا لإنشاء معهد إضافي بداخل المعهد القومي للصحة، كما شعر بعض ممثلي المعاهد الصحية بالحيرة. إذا أنشئ هذا المعهد فلماذا يحتاج الممرضون لمعهد أبحاث خاص بهم؟ ألم يحصل الباحثون في مهنة التمريض على التمويل الكافي من المؤسسات الصحية القائمة؟.

ورويداً رويداً، اقتنع ممثلو المعاهد الصحية والكونجرس بدور الأبحاث في مجال التمريض في تحسين الوضع الصحي للبلاد. وبعد تخطي العقبات المالية والقانونية والروتين، تم اقتراح قانون لإنشاء المعهد القومي لبحوث التمريض، ولم يتم التصويت على هذا القانون بالكونجرس بل تم تقديمه مباشرة إلى الرئيس ريجان. وتجمع الممرضون وتوحدوا تحت شعار واحد هو: إبطال حق الفيتو الخاص بريجان.

وطالب الممرضون بالدعم من ممثلي الكونجرس وممثلي مجلس الشيوخ، مؤكدين على صعوبة الحصول على تمويل من المعاهد الطبية المختلفة، والتي يصعب عليها فهم أهمية مهنة التمريض في تحسين الوضع الصحي للمواطنين. وأكد الممرضون على أن التمويل البسيط للمعهد سوف ينتج عنه فوائد عظيمة. ومع إلحاح أعضاء الكونجرس والممرضين، وبعد محاولات كثيرة تم التفاوض على إنشاء المركز القومي لأبحاث التمريض في عام ١٩٨٥. وفي عام ١٩٩٣ تمت إعادة النظر في القانون، وتغير المركز القومي إلى معهد قومي لأبحاث التمريض.

وتجمع ممرضو ولاية جورجيا لتغيير قانون الممارسة الصحية للبلاد بحيث تقدم بعض الامتيازات الخاصة للممرضين (Beall, 2007). وبعد معارضة شرسة للمؤسسات الطبية، وزيادة مطالبات الممرضين بتعديل القانون وإنشائهم لحملة توقيعات تمكنت جورجيا من الحصول على امتيازات خاصة للممرضين.

وإذا كانت السياسة هي القرار الذي يحدد الأفعال، فالسياسات هي نتيجة للحراك السياسي.

استخدام المهارات السياسية في رسم السياسات

لا تُدَرس المهارات السياسية بمعاهد التمريض، ولكنها مهارات مهمة يجب أن يمتلكه الممرضون. ولتحسين مهاراتك السياسية قم بالآتي:

- تعلم كيفية التسويق لنفسك، وأبرز إنجازاتك بصورة مناسبة.
- كن صادقًا وأخبر بالحقيقة.
- جامل الآخرين، واعترف بإنجازاتهم .
- أهمل الإشاعات، فالصمت هو أفضل رد على الإشاعات.
- تعلم طلب الخدمات من الآخرين، واخدم الآخرين في المقابل.
- تذكر، الصورة مهمة :ارتدِ الملابس المناسبة.
- تحل بالصفات الحميدة، و كن شجاعًا. (Green & Chaney, 2006).

تتنافس جماعات المصالح المختلفة لمؤسسات الرعاية الصحية على الموارد. ويعتمد التوصيل الفعال لخدمات الرعاية الصحية للمرضى على التطبيق الجيد للسلطة والسياسة والتسويق. وينتمي الممرضون لمؤسسات الرعاية المعقدة، والتي تتقيد بالموارد المحدودة، وهو ما يجعلها تتنافس مع المؤسسات الأخرى للحصول على أكبر قدر من الموارد.

ما مستوى ذكائك السياسي؟ اسأل نفسك الأسئلة التالية:

- هل يشكرك الآخرون على أفكارك الجيدة؟
- هل تعرف كيف تتعامل مع الزملاء المشاغبين؟
- هل لديك مثل أعلى؟
- هل تستطيع التأثير على الآخرين؟
- هل تستطيع تحويل الأعداء لأصدقاء؟
- هل يؤخذ بآرائك؟
- هل تعلمت كيف تعرض أفكارك؟ (Reardon, 2011).

قبل القيام بحركة سياسية عليك أولاً أن تحدد ما أهدافك؟ هل هي واقعية؟ هل لديك مؤيدون؟ يوضح الصندوق (٧-٢) خطوات الحراك السياسي.

صندوق (٧-٢). خطوات الحركة السياسية.

- حدد ما تريد .
- تعرف على اللاعبين، وما أهدافهم.
- اجمع المؤيدين، وكون تحالفات.
- كن مستعدًا لمواجهة المعارضين.
- أكد للمعارضين بأنك تستطيع مساعدتهم.

From Sullivan, E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses (2nd ed).Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. Reprinted by permission.

حاول أن تتعرف على الأشخاص المؤثرين والمتأثرين بالحركة السياسية، وحاول سماع أفكارهم وتنفيذها، فأعضاء الكونجرس يضيفون تعديلات كثيرة بأي مشروع قانون حتى يرضوا منافسيهم.

أخبر مؤيديك بفكرتك، هل ينضموا إلى تحالفك أم لا؟ وتكوين تحالف ما لا يعني إنشاء حزب رسمي، لكنه يُعلمك بمن تستطيع الاعتماد عليه.

تعرف على أسباب رفض معارضيك، وحاول تعديل خططك بما يناسب المعارضين وذلك لإظهار حسن النية. تبين الحالة (٧-١) كيفية استخدام ممرض ما للسياسة بإحدى المؤسسات الصحية.

دراسة حالة (٧-١). استخدام السياسة في تحقيق مصالح شخصية

عملت جانيتا باشكو مدير تمريض بإحدى المنظمات الطبية والجراحية الكبرى لمدة سبع سنوات. منذ عامين حصلت جانيتا على درجة الماجستير بالعلوم الإدارية التمريضية. وتناولت رسالتها أهمية تطبيق نظام التقارير الإلكترونية في وحدات الرعاية الحرجة. جانيتا هي عضو فعال في كثير من اللجان التي تحارب من أجل تطوير نظام المعلومات الصحية للمستشفى الذي تعمل به، وهي تقدم تقارير هذه اللجان مباشرةً لمدير وحدة الرعاية الحرجة.

وبالرغم من إن جانيتا تحب عملها كمدير تمريض، إلا أنها تريد أن تحصل على مسؤوليات أكبر بدرجة مدير. ومن واقع عملها كعضو بفريق تطوير التقارير الصحية للمستشفى، وعملها كممثل بلجنة التكنولوجيا الطبية، قامت جانيتا بلفت نظر بقية الأعضاء إلى الحاجة لتواجد مدير يهتم بالمعلومات الطبية. وكانت مسؤولية جانيتا أن تجد المؤيدين لضرورة تطوير نظام المعلومات الطبية، كما حصلت على عضوية كثير من اللجان الأخرى لمساعدتها على تحديد كيفية سير نظام المعلومات الطبية الجديد.

وبنت جانيتا علاقات عمل قوية مع كثير من متخذي القرار الرئيسين بالمنظمة. وتعرفت جانيتا على مدير قسم الموارد البشرية كبن هاردينج من خلال اشتراكها بأحد مشروعات التطوير بالمنظمة. وحددت جانيتا موعداً مع كين ليتناقشا حول إمكانية تطوير قسم المعلومات بالمستشفى، وأهمية إدخال مناصب جديدة بهذا القسم، لاتخاذ القرارات المهمة المتعلقة بتكنولوجيا المعلومات. وبسبب خبراتها ومعرفتها الغزيرة عن تطوير التقارير الطبية قدمت جانيتا اقتراحاً لشغر وظيفة مدير قسم المعلومات الطبية بالمستشفى على اللجنة المشتركة بها.

تقربت جانيتا من مشرفتها شيري وقدمت لها اقتراحها. كما قدمت لشيري نظرة عامة عن الخطوات التي يجب تطبيقها للحصول على دعم الموظفين لتطبيق تطوير التقارير الطبية. ومع اقتراب تطبيق نظام المعلومات الجديد بالمستشفى رأت شيري انَ جانيتا تصلح بدرجة كبيرة لتكون مسؤولة عن هذا النظام الجديد، وذلك من واقع اهتمامها بالتكنولوجيا، وخبراتها ومهاراتها الإكلينيكية، فحصول جانيتا على منصب مدير سيزيد من تقبل العاملين بالمستشفى للنظام الجديد، وقدمت شيري اقتراح جانيتا إلى مكتب كبير الممرضين لتفعيل هذا الاقتراح.

الدروس المستفادة

مدير التمريض مسؤول عن:

- تعريف حدود السلطة الرسمية بالمنظمة.
- التعرف على متخذي القرار الرئيس بالمنظمة، وفهم أولوياتهم، وكيفية تأثير تلك الأولويات على المبادرات الجديدة.
- اختيار الوقت المناسب لاقتراح مبادرات التغيير.
- الاستفادة من الفرص المتاحة.
- بناء علاقات عمل قوية مع صانعي القرار.
- الاستعداد لتولي مهام جديدة، ومسؤوليات أكبر.

التأثير على السياسات العامة

ما يحدث في بيئة العمل الصغيرة يتأثر ويؤثر على المجتمع والمؤسسات الكبرى والحكومة. ويتطلب التأثير على إحدى هذه المجموعات الثلاث الكثير من الوقت والخطط المحكمة. وبالرغم من أن أولوية الممرض هي بناء علاقات مؤثرة في بيئة عمله، يجب على الممرض توسيع أولوياته وعلاقاته لتمكينه من التأثير تدريجيًا على الثلاث مجموعات السابقة وجعلها من أولوياته.

وليتمكن الممرضون من التأثير على السياسات العامة عليهم أولاً تعلم كيفية التعامل مع المسؤولين عن وضع هذه السياسات. ويوضح الصندوق(٧-٣) كيفية التعامل مع المسؤولين الحكوميين.

الصندوق (٧-٣). كيفية التعامل مع المسؤولين الحكوميين.

- كن محترمًا.
- طور علاقات عملك.
- ابق على اتصال.
- كن على معرفة.
- تفهم المشكلات.
- كن منافسًا بناءً.
- كن واقعيًا.
- كن مساعدًا.

From Sullivan, E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses (2nd ed.). Upper Saddle .River, NJ: Prentice Hall. Reprinted by permission.

تواصل مع المسؤولين المنتخبين

على الممرضين أن يتواصلوا مع المسؤولين المنتخبين للحصول على دعمهم، أو التأثير عليهم ليعارضوا مشروع قانون ما. يمكنك أن تتصل هاتفياً أو ترسل بريدًا إلكترونياً، أو تتواصل معهم عبر الشبكات الاجتماعية مثل تويتر وفيسبوك.

عليك أن تتصل أولاً بسكرتارية المسؤول وتطلب منهم موعداً للتحدث مع المسؤول عن أحد الموضوعات التي تهمك. أخبر المساعد عن تأييدك أو رفضك لقانون ما مع ذكر الأسباب، ولا تنس ذكر اسم ورقم التشريع.

أرسل بريداً إلكترونياً أو خطاباً إلى المسؤول، وقم بتعريف القانون، ووضح موقفك سواء بتأييد أو رفض هذا القانون، وأسباب ذلك الموقف. اجعل خطابك مختصراً، ولا تتناول أكثر من موضوع فيه. وغالباً ما يهتم المسؤولون أكثر بالخطابات المكتوبة بخط اليد عن الخطابات الرسمية التي ترسلها المؤسسات.

استعمل هذا النموذج لمخاطبة أحد أعضاء مجلس الشيوخ أو الكونجرس:

السيد الموقر/ الاسم بالكامل

العنوان بالتفصيل

الرقم البريدي

نرجو من سيادتكم ....

الاجتماع مع المسؤولين المنتخبين

لتتقابل بصورة شخصية مع أحد المسؤولين عليك أولاً تحديد موعد، واحضر في موعدك، وكن مستعدًا للمقابلة. كن على علم بفوائد وعيوب الموضوع الذي تريد مناقشته لتجذب انتباه المسؤول. كن خصمًا بناءً. اثبت على موقفك، وأعد اقتراحات بناءة لتحسين الوضع. وكن واقعياً. ما تريده قد لا يكون مناسبًا في هذا الوقت أو قد يستحيل تحقيقه. أظهر دعمك للمسؤول من خلال إظهار كيف سيستفيد المسؤول عند دفاعه أو رفضه للتشريع.

تقدم عدة مؤسسات بيانات ومعلومات عن كيفية التواصل مع المسؤولين وأهم القوانين والمعلومات الحكومية التي تخص الممرضين، منهم الجمعية الأمريكية لمرضى الرعاية الحرجة (AACN, 2010)، وجمعية الممرضين الأمريكيين American Nurses Association (ANA) ,2011.

تفعيل مهارات السلطة والسياسة للوصول لمستقبل أفضل

تؤكد كيلي أن عدم اكتراث الممرضين بتغيرات البيئة المحيطة بهم يعد من أكبر عوائق استخدامهم للمهارات السياسية في تحقيق مستقبل أفضل لمهنتهم، فعلى الممرض المشاركة باللجان والجمعيات الحقوقية، والتعرف على القوانين المؤثرة على مهنة التمريض، واكتساب المهارات السياسية، والدفاع عن حقوق الممرضين لاكتساب صورة سياسية جيدة.

يمكن للممرضين أن يؤثروا بشكل كبير على السياسات الحكومية، غير أنَ هذا يتطلب تحديد الوقت المناسب، ومعرفة النظام المحيط بصورة جيدة، وقليلاً من الحظ. كما يجب التعرف على أجندة الدولة السياسية، وتحديد من هم متخذو القرارات المهمة على مستوى البلاد. ولتتمكن من تحويل أفكارك السياسية إلى واقع طبق النقاط التالية:

- استخدم وسائل الاقناع بدلاً من التهديد: فمن خلال الاقناع ستتمكن من مشاركة الأسباب والمنطق وهو ما يجعلك تكتسب احترام من حولك، ومن ثم تكوين تحالف من المؤيدين لأفكارك.
- كن صبورًا: تجاهل الإخفاقات والتحديات المحيطة بك، فقد يكون عدم صبرك من أهم أسباب فشل أفكارك.
- كن منفتحًا: عليك أن تحصل على كل المعلومات المتاحة، حتى تستطيع أن تؤثر على الآخرين.
- كن متفهماً: تجاهل الأخطاء، فعليك أن تهتم بمستقبل النظام الذي تعمل فيه لتتمكن من تعديل أخطائه.

• كن صادقًا: يجب أن تكون صادقًا في أفكارك وأفعالك، وابتعد عن التلاعب، وحب السيطرة، والحقد.

وبتطبيق هذه المهارات سيتمكن الممرضون من تطوير مؤسساتهم والتأثير على المسؤولين الحكوميين.

الخلاصة:

• السلطة هي مقدرة التأثير على الآخرين.

• قد تكون السلطة رسمية أو شخصية.

• أنواع السلطة هي سلطة الإثابة، والمعاقبة، والشرعية، والمعرفة، والمرجعية وامتلاك المعلومات والاتصال.

• الصورة الشخصية تكسب السلطة.

• يجب أن تستخدم السلطة بتعقل فلا تزيد عن حدها أو تقل.

• مشاركة الأهداف تعد إحدى الوسائل الملزمة المهمة التي تحفز القادة والتابعين.

• السياسة هي فن التأثير على الآخرين للوصول لأهداف معينة.

• السياسات هي التي تحدد الأفعال، وهي نتيجة للحراك السياسي.

• يمكن للممرضين القيام بالحركات السياسية لتحسين السياسات المؤثرة على مؤسساتهم.

أدوات استخدام السلطة والسياسة:

• تعرف على حدود السلطة الرسمية بمؤسستك.

• تعرف على متخذي القرارات المهمة بالمؤسسة، وابني علاقات عمل معهم.

• تعرف على أولويات متخذي القرار، وكيف تؤثر هذه الأولويات على أية مبادرة للتطوير.

• تعرف على مهارات السلطة، وطبقها.

• قدم حلولاً للمشكلات، وانتهز الفرص .

• تحمل مسؤوليات ومهام جديدة.

• اهتم بالأفراد المؤثرين، وتبنَ أفكارهم.

• تعلم إستراتيجيات التواصل مع المسؤولين الحكوميين.

التقويم:

- في اعتقادك، هل يقدم مثالاً جيدًا لصاحب لسلطة، وما الذي يجعله كذلك؟
- كيف يستخدم هذا الشخص السلطة؟
- هل تعرف أشخاصاً أساؤوا استخدام السلطة؟ صف ما يفعلونه، وما نتائج هذا الاستخدام؟
- ما نوع السلطة التي تمتلكها مستخدمًا الأنواع السبعة التي تمت مناقشتها بالفصل. وما طرق تعزيز سلطاتك؟
- هل تمتلك ذكاءً سياسياً؟ ولماذا؟
- هل شاركت في إحدى لجان تطوير سياسات المؤسسة التي تعمل بها؟ وهل تعاملت مع أحد المسؤولين الحكوميين؟ اشرح ما فعلته في الحالتين.

المراجع

American Association of Critical Care Nurses. (2010). *Advocacy 101: Golden rules for those who work with public officials*. Retrieved October 22, 2010 from http://www.aacn.org/wd/practice/content/publicpolicy/goldenrules.pcms?pid=1&mid=2874&menu=Community

American Nurses Association. (2011). RN activist kit. Retrieved June 3, 2011 from www.nursingworld.org/gova

Beall, F. (2007). Overview and summary: Power to influence patient care: Who holds the keys? *Online Journal of Issues in Nursing, 12*(1). Retrieved October 22, 2010 from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No1Jan07/tpc32ntr16088.aspx

Covey, S. R. (1991). *Principle-centered leadership*. New York: Simon & Schuster.

Green, C. G., & Chaney, L. H. (2006). The game of office politics. *Supervision, 67*(8), 3–6.

Hersey, P. H. (2011). *Management of organizational behavior* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Ikeda, J. (2009). Principle centered power. Retrieved April 12, 2011 from http://www.leadwithhonor.com/blog/2009/03/26/principle-centered-power/

Kantabutra, S. (2008). What do we know about vision? *Journal of Applied Business Research, 24*(2), 323–342.

Kantabutra, S. (2009). Toward a behavioral theory of vision in organizational settings. *Leadership & Organizational Development Journal, 30*(4), 319–337.

Kelly, K. (2007). From apathy to political activism. *American Nurse Today, 2*(8), 55–56.

Mason, D. J., Leavitt, J. K., & Chaffee, M. W. (2011). *Policy and politics in nursing and health care* (6th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

McKeown, M. (2008). *The truth about innovation.* Great Britain: Pearson Education Limited.

Melnyk, B. M., & Davidson, S. (2009). Creating a culture of innovation in nursing education through shared vision, leadership, interdisciplinary partnerships, and positive deviance. *Nursing Administration Quarterly, 33*(4), 288–295.

Pearce, C. L., Conger, J. A., & Locke, E. A. (2008). Shared leadership theory. *The Leadership Quarterly, 19*(3), 622–628.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

الباب الثاني

تعلم المهارات الأساسية للإدارة في مجال التمريض

الفصل الثامن

التفكير النقدي
واتخاذ القرارات وحل المشكلات

التفكير النقدي:

- استخدام التفكير النقدي في مهنة التمريض
- استخدام التفكير النقدي
- الإبداع

اتخاذ القرارات:

- أنواع القرارات
- الظروف المؤثرة على اتخاذ القرارات
- خطوات عملية اتخاذ القرار
- أساليب اتخاذ القرارات
- مجموعات اتخاذ القرار

حل المشكلات:

- أساليب حل المشكلات
- عملية حل المشكلات
- مجموعة حل المشكلات

عقبات تطبيق عملية اتخاذ القرارات وحل المشكلات

الابتكار

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

- كيفية استخدام التفكير النقدي.
- كيف تكون مبدعًا.
- طريقة اتخاذ القرارات وحل المشكلات.
- الفرق بين عملية اتخاذ القرارات الفردية والجماعية.
- التعرف على العقبات المواجهة لعملية اتخاذ القرار وحل المشكلة.
- كيفية تطبيق الأساليب الابتكارية في عملك.

يجب أن يتعرف الممرضون على فن حل المشكلات، وذلك حتى يتمكنوا من إيجاد حلول مبتكرة للمشاكل الخاصة بالمرضى والمؤسسة وطاقم العمل، فعليهم أن يعتادوا على اتخاذ القرارات المهمة مثل:

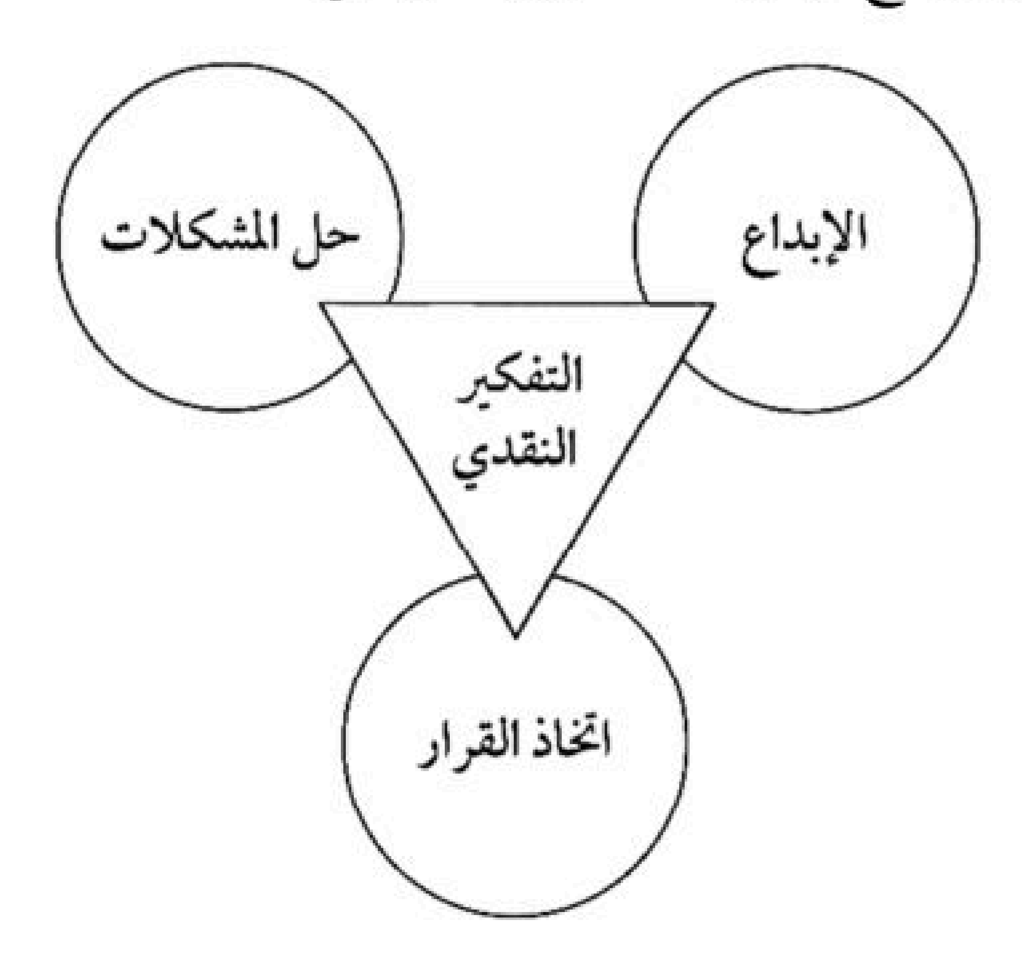
- إذا كانت هناك وظيفة خالية بالمؤسسة هل يجب شغرها بأحد الموظفين بالرغم من اعتبارها تكلفة على المؤسسة؟
- هل تثقل فترة الوردية الممتدة لاثني عشر طاقم عمل بشكل يؤثر على جودة الخدمات المقدمة للمرضى؟
- ما هيكل التوظيف الأمثل للمؤسسة الذي يساهم في تقديم خدمات صحية ممتازة للمرضى؟
- ما أفضل وقت لعقد اجتماعات طاقم العمل، التي تضم كلتا الورديتين الصباحية والمسائية؟

ويشرح هذا الفصل تقنيات ومبادئ التفكير النقدي واتخاذ القرارات وحل المشكلات.

التفكير النقدي

هو عملية فحص الافتراضات، وتفسير وتقييم الحجج والبدائل والانتقادات، وذلك للوصول إلى خلاصة نهائية صحيحة يمكن تفسيرها. ويختلف التفكير النقدي عن الانتقاد، فهو يستفسر عن التصرفات والمعلومات والأدلة والتحليلات والمهارات.

ويمكن استخدام مهارات التفكير النقدي من أجل حل المشكلات بعقلانية ورشد. ويحفز البحث عن الأدلة والتعريفات من عملية التفكير النقدي. ويعد التفكير النقدي كذلك أحد أهم مكونات فن اتخاذ القرارات. وبالرغم من ذلك، فإن التفكير النقدي يختلف عن حل المشكلات واتخاذ القرارات، فهما يهدفان إلى إيجاد حل وحيد للمشكلة، أما التفكير النقدي فيتطلب تفكيراً ذا مستوى أعلى، فيجمع بين المعرفة والإبداع، وفن اتخاذ القرارات وحل المشكلات. (انظر الشكل ٨-١).



الشكل (٨-١). التفكير النقدي.

استخدام التفكير النقدي في مهنة التمريض

يستخدم الممرضون مبادئ التفكير النقدي منذ قديم الأزل. وقد استخدم كلٌ من زوري ونوسيك وموسيل (Zori, Nosek, and Musil (2010) مخزن الأفكار النقدية بكاليفورنيا (California Critical Thinking Disposition Inventory) في قياس مهارات التفكير النقدي التي يمتلكها الممرضون. ووجد الباحثون أن المديرين الممتلكين لمهارات التفكير النقدي يخلقون مناخ عمل أكثر إيجابية من المديرين ذوي مهارات التفكير النقدي الضعيفة أو المعدومة.

وقد أثبتت التجارب أن المؤسسات الإكلينيكية التي علَّمت موظفيها مبادئ التفكير النقدي، تمكنت من تحسين جودة خدماتها (Ashcraft, 2010) كما أثبتت دراسة لبيتنر وجرافلين انخفاض جودة خدمات الرعاية التي يقدمها الممرضون أصحاب مهارات التفكير النقدي المنخفضة، ولهذا طالبت مؤسسة جارنغي (Carnegie Foundation) بتعليم الممرضين مهارات التفكير النقدي (Benner et al., 2009).

استخدام التفكير النقدي

أول خطوات التفكير النقدي هي إطلاق تساؤلات كثيرة قبل اتخاذ قرار ما، أو عند البحث عن حل لمشكلة ما. ومن هذه الأسئلة ما يلي:

• ما الفرضيات؟ الفرضيات هي عبارة عن الاعتقادات التي يضعها الفرد لنفسه وتؤثر على منطقة وتفكيره. وهي أيضًا تصورات قد تتواجد أولا تتواجد في الواقع. مثلاً، يعتقد البعض أنَّ مرض الإيدز نتيجة للعلاقات غير الشرعية، وهذا الاعتقاد قد يؤثر على منطق الفرد، ويؤثر على نوع الخدمات الصحية التي يقدمها لمرضى الإيدز.

• كيف تُفَسر الأدلة؟ وما المعلومات المتوفرة ؟، وهل الدليل واضح ومكتمل؟ وهل يمكن تأكيد الحقائق؟ وهل يقدم الأفراد أدلة مبنية على معلومات متحيزة أو عاطفية؟ وهل هناك خطأ في التفسير؟

• كيف يتم تقييم الحجج؟ وهل هناك دليل واضح يدعم حجة ما؟ وهل يمكن تقبل الحجج؟ وهل هناك قيم يجب تفعيلها؟ وهل هناك من يؤيد القرارات؟. مثلاً يمكن أن تمنع المؤسسات الصحية التدخين بداخلها إذا اتجهت قيم وحجج المجتمع نحو تأييد ذلك، وانعكست هذه القيم في أُطر سياسات وتشريعات.

• ما البدائل؟ ويستخدم المفكر النقدي الافتراضات والنماذج ليكمل رؤيته عن مسألة ما، مثلاً، كيف يتعامل مدير التمريض - الذي يرى أن توظيف ممرضين متخصصين سيعود بالنفع بالرغم من ارتفاع تكلفتهم - مع مدير يريد توظيف مساعدين للحفاظ على ميزانية مقبولة للمؤسسة ؟. ما الأدلة الداعمة لكل بديل؟ وما الحلول الأخرى التي يقترحها الممرضون والأطباء والمديرون الآخرون؟ وما البديل الأمثل؟

تستخدم مبادئ التفكير النقدي في مهنة التمريض بكثرة (انظر الجدول ٨-١). ويمكن للممرضين التدرب على اكتساب مهارة التفكير النقدي في أثناء دراستهم بكليات ومعاهد التمريض، وفي أثناء ممارستهم لحياتهم الطبيعية. ويتطلب اكتساب مهارات التفكير النقدي كثيرًا من الالتزام والوقت. يوضح الصندوق (٨-١) صفات المفكرة النقدية الناجحة.

الجدول (٨-١) التفكير النقدي بالممارسات التمريضية.

الممارسة	مهارة التفكير النقدي
التقدير	• المراقبة. • التفرقة بين البيانات المرتبطة بالمرض وغير المرتبطة. • التفرقة بين البيانات المهمة وغير المهمة. • التحقق من صحة البيانات. • تنظيم البيانات. • تصنيف البيانات.
التشخيص	١. تحديد الأنماط والعلاقات. ٢. وضع الاستنتاجات. ٣. تقدير المشكلة. ٤. إصدار الأحكام.
التخطيط	١. التعميم. ٢. نقل المعرفة. ٣. وضع الافتراضات.
التنفيذ	١. تطبيق المعرفة. ٢. اختبار الفرضيات.
التقييم	١. اختيار الفرضيات الصحيحة. ٢. وضع التقييمات المبنية على معايير.
From Wilkinson, J. (1992). *Nursing process in action: A critical thinking approach*. Redwood City, CA:Addison-Wesley Nursing, p. 29.	

الصندوق (٨-١). خصائص المفكر النقدي الناجح.

- منفتح على الأفكار الجديدة.
- يحب التغيير المستمر.
- مبتكر.
- يملك مهارات الاتصال.
- عنده إصرار.
- متقبل للمخاطر.
- لدية مصادر متنوعة للمعلومات.
- لديه حدس.
- مرن.
- مبدع.
- محلل.
- جازم.
- لديه طاقة.
- متعلم.
- مراقب جيد.
- يفكر خارج الصندوق.

From Ignatavicius, D.D. (2001). Six critical thinking skills for at-the-bedside success. Nursing .Management, 32(1), 37–39.

الإبداع

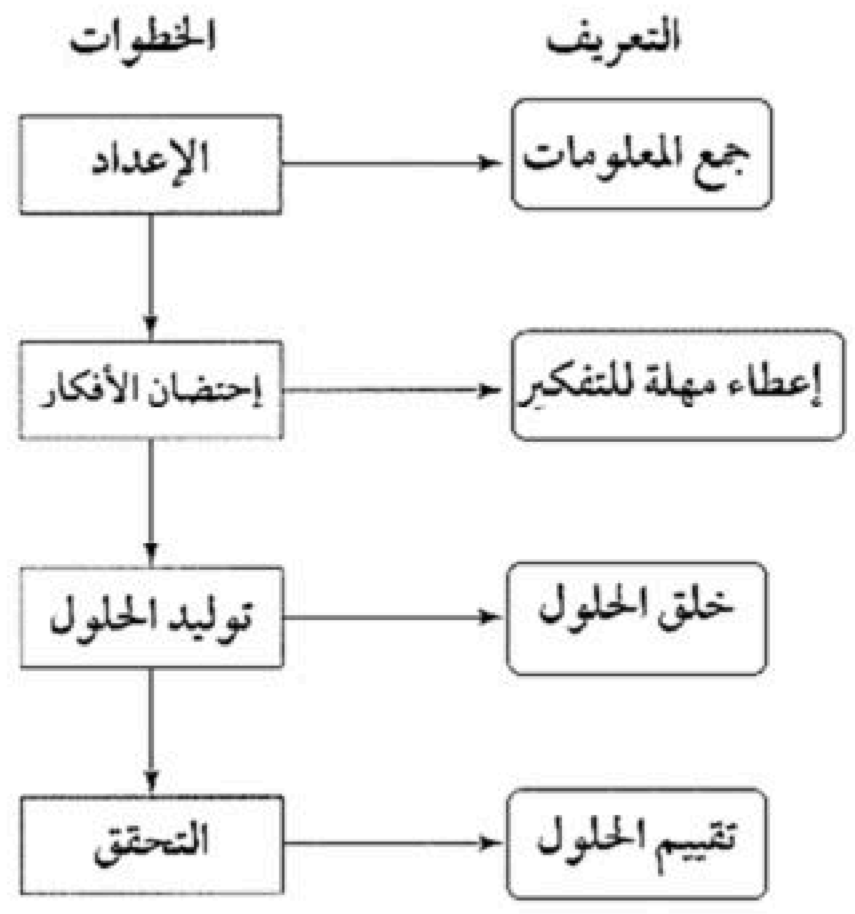
هو جزء مهم في عملية التفكير النقدي. والإبداع هو المقدرة على توليد وتطبيق حلول جديدة. والإبداع يتطلب التواصل مع معارف مختلفة، وتقبل الأفكار الجديدة والمختلفة، والتحرر، والإدارة المتفهمة.

وأغلبية الممرضين يعملون بمناخ عمل روتيني قاتل للإبداع. وتقتل السلطة المتزودة، وجمود قنوات التواصل مع المديرين من الإبداع. ويهدد الفشل والخوف منه كذلك روح الإبداع، فعندما يخشى الممرضون من فشل أفكارهم ومبادراتهم، يمتنعون عن الابتكار والإبداع. (انظر الجزء الأخير عن الابتكار).

إن السماح بدرجة وإن كانت ضئيلة للإبداع يزيد من كفاءة عمل المؤسسة وقدرتها على البقاء في السوق. وغالباً ما يقدم الموظفون الجدد، الذين لم يتأثروا بعد بالجمود والروتين، أفكارًا جديدة مبنية على خبراتهم السابقة، أو رؤيتهم المستقبلية. ويجب الاستفادة من الموارد البشرية، وأفكار طاقم العمل الجديد والمبدع لأن أفكارهم ستفيد المؤسسة كلها.

ويجب خلق مناخ داعم للأفكار الجديدة يشجع على ظهورها. ويستطيع مدير التمريض تبني مناخ داعم من خلال منح فرصة للأفكار الجديدة، والاستماع لآراء الآخرين. كما يجب أن يعرف مدير التمريض متى وإلى مَنْ يستمع في أفكاره، وإلى أي مدى يستخدم سلطاته. وإذا كانت أولوية المؤسسة هي تشجيع روح الإبداع، فعليها أن تحسن من نظام مكافآتها ليتناسب مع هذه الأولوية.

وللإبداع أربع مراحل هي : **الإعداد، واحتضان الأفكار، وتوليد الحلول، والتحقق**. ويمكن أن يتحول الأشخاص غير المبدعين إلى مبدعين إذا تعلموا وطبقوا هذه المراحل (انظر الشكل ٨-٢)



الشكل (٨-٢) مراحل الإبداع.

• الإعداد: يجب أن تصمم الفكرة بدقة، فأولاً يجب جمع المعلومات المهمة لفهم كل جوانب المسألة. ويمكن للأفراد أن يعملوا كل واحد على حدة، أو يجمعوا أنفسهم في مجموعات. وهذه العملية تتبع الترتيب الآتي:

١. اختر مهمة واحدة.
٢. اجمع الحقائق المرتبطة بالمسألة.
٣. اجمع كل التفاصيل.
٤. ضع حلولاً مبدئية.
٥. عدل أفكارك.

• احتضان الأفكار: بعد جمع كل البيانات المتاحة، امنح نفسك بعض الوقت للتفكير قبل اتخاذ القرارات، أو وضع الحلول.

• توليد الحلول: غالباً ما يتم توليد حلول لم يفكر بها أحد في الفترة الزمنية الحالية.

• التقييم: بمجرد تنفيذ الحلول، يجب تقييمها للوقوف على مدى مناسبتها وفاعليتها، وقد تضطر إلى العودة مرة أخرى إلى الخطوة الأولى لتوليد مزيدٍ من الحلول.

اتخاذ القرارات

• يؤمن الكثير من الأشخاص بأن عملية اتخاذ القرار مثل التنفس تحدث لا إراديًا. ولا تدل كمية القرارات المتخذة على مدى مهارة اتخاذ القرار التي يمتلكها أحد الأشخاص.

• ويقدم هذا الفصل مهارات اتخاذ القرار، والتي يمكن تطبيقها في جميع الظروف وعلى أي نوع من أنواع القرارات. وتساعد هذه المهارات في اختيار القرارات المناسبة.

• وبالرغم من تشابه لفظي اتخاذ القرارات وحل المشكلات إلا إنهما ليسا مترادفين. فلا يشترط تواجد مشكلة لاتخاذ قرار ما، ولكنه يشترط لاتخاذ قرار ما اختيار أفضل بديل في ظل الظروف والوقت الحالي من ضمن عدد كبير من البدائل. أما حل المشكلات فيشترط تحديد مشكلة ما، والبحث عن حل لها، ولا يشترط اختيار بديل واحد صحيح لحلها. وفي أغلب الوقت تحتوي عملية حل المشكلات على مبادئ عملية اتخاذ القرارات، ولكن كثيرًا ما لا تكون عملية اتخاذ القرارات مرتبطة بتواجد مشكلات، حيث يتم اتخاذ قرارات متعلقة باختيار معدات ما، أو بناء جدول أعمال.

دراسة الحالة (٨-١) تصف كيف يستخدم مدير التمريض مبادئ الإبداع لخلق حلول جديدة.

دراسة الحالة (٨-١). الحل الإبداعي للمشكلات.

تمت ترقية جيفري ليصبح مدير وحدة الرعاية الحرجة بمنظمة ما. وقد امتدت ساعات عمله من الساعة السادسة صباحًا إلى العاشرة مساءً. وأدرك جيفري أن أعضاء هيئة التمريض يرفضون إعداد تقارير الجودة، وهي عملية مهمة لمراجعة العمليات الجراحية وجودة الخدمات المقدمة للمرضى، فجمع جيفري معلومات عن إدارة الجودة، وراجع الأدبيات بحثًا عن نظريات التحفيز والإثابة، وناقش هذه المسألة مع ممرض التمريض (مرحلة الإعداد).

استمر جيفري في متابعة أعماله، والتفكير في المعلومات التي جمعها، ولكنه لم يكون أفكارًا بعد (مرحلة احتضان الأفكار). وقرر جيفري أن يمنح الممرضين المشتركين في مشاريع تحسين الجودة مكافآت منها : أنه سيسمح لهم باختيار جدول العمل المناسب لهم (مرحلة توليد الحلول). وقد ناقش هذا الحل مع طاقم العمل واقترح تطبيقه لمدة شهرين كتجربة، ولتحديد مدى نجاح هذا الحل. (مرحلة التحقق).

الدروس المستفادة:

- تحديد المشكلات.
- توليد أفكار جديدة تساهم في حل المشكلات.
- مشاورة الآخرين بحثًا عن النصيحة.
- اختيار المحفزات.
- تطبيق الحل.
- تقييم الحلول.

أنواع القرارات

تختلف القرارات والمشكلات التي يتعرض لها الممرضون ومديرو التمريض. وتحدد هذه الاختلافات طرق حل المشكلات واتخاذ القرارات التي تتبعها الفئتان. وغالباً ما تصبح عملية اتخاذ القرارات روتينية وذلك في حالة حدوث المشكلات المتكررة، فيتم استخدام الإجراءات والسياسات والقواعد المتعارف عليها التي استخدمت من قبل في حل نفس المشكلة. مثلاً عندما يُخطئ الممرض في حساب جرعة الدواء، فإنه يسترشد المدير بسياسة المؤسسة لحل هذه المشكلة شائعة الحدوث. وغالباً ما تتخذ القرارات الروتينية في أقل المستويات للإدارة مثل مديري الخط الأول.

وتتخذ القرارات الملائمة عندما تحدث مشكلات غير اعتيادية، وغير مفهومة بالكامل. وغالباً ما تنبثق هذه القرارات من المشكلات والحلول المتعارف عليها. ويجب أن يتخذ المديرون قرارات مبتكرة، وذلك في حالة حدوث مشكلة غير اعتيادية، وغير واضحة.

الظروف المؤثرة على اتخاذ القرارات

تختلف الظروف المحيطة بعملية اتخاذ القرارات وتتغير بشكل دائم. وتنجح الحلول فقط إذا تناسبت مع الظروف المحيطة بها، وبالنظام الذي استحدثت فيه. وغالباً ما تؤخذ القرارات في ظل ظروف قد تتسم بالوضوح، أو الخطورة، أو عدم التأكد.

اتخاذ القرارات في ظل الظروف الواضحة

تتسم الظروف بالوضوح عندما تعرف البدائل المختلفة، والظروف الملائمة لاتخاذ كل بديل. مثلاً إذا رغب مدير تمريض بإحدى وحدات الرعاية الحرجة في تقليل عدد عمليات البذل الوريدي في أثناء عمليات المعالجة الوريدية، وذلك من أجل تقليل التكاليف التي تتحملها المؤسسة عند فشل البذل الوريدي. وفي هذه الحالة توجد ثلاثة بدائل:

- تكوين فرق معالجة وريدية في كل ورديات العمل لتقليل عدد محاولات البذل الوريدي، وتقليل تكاليف المعالجة الوريدية.

- إنشاء علاقة تبادلية بين قسم الرعاية الحرجة وقسم التخدير، للقيام بعمليات بذل الوريد عندما يفشل الممرضون في القيام بهذه العملية.

- تقليص عدد محاولات البذل الوريدي إلى محاولتين فقط للمريض الواحد، وهو ما يقلل من عدد المعدات المهدرة.

ويعرف مدير التمريض هذه البدائل جيدًا، ويحيط بالظروف المحيطة لكل بديل وهي: البديل الأول الذي يُنتج انخفاضاً في التكلفة، والبديل الثاني الذي يتطلب المساعدة من قسم التخدير، والبديل الثالث المؤدي إلى تخفيض عدد المحاولات وتقليل التكاليف. وفي هذه الحالة يمكن اتخاذ القرارات بسهولة، حيث تعرف النتائج المترتبة عن كل بديل بصورة مؤكدة.

اتخاذ القرارات في ظل ظروف عدم التأكد وتواجد المخاطر

نادرًا ما يعرف المديرون كل شيء عن البدائل والمشكلات، فإذا كانت كل المعلومات واضحة عن مسألة ما فإن القرارات ستؤخذ بسهولة . وتؤخذ أغلب القرارات المهمة في ظل بيئة تتسم بالمخاطرة وعدم التأكد، فلا يعرف متخذ أو متخذو القرار كل البدائل المتاحة، والمخاطر الناتجة عن كل بديل ونتائج كل بديل. وتتواجد ظروف عدم التأكد والمخاطرة بسبب طبيعة بيئة مجال الرعاية الصحية المتسمة بالتعقيد والديناميكية.

مثال: إذا تنبأ علماء الطقس باحتمال سقوط الثلوج بنسبة ٤٠٪، فإن مدير التمريض يتحمل المخاطر الناتجة عن احتمال تغيب عدد كبير من الممرضين في ذلك اليوم. وفي مثل هذه الحالات فإن أغلب مديري التمريض يضعون احتمالات حول مدى نجاح كل بديل، ومدى توافر كل بديل، والتكاليف المترتبة عن كل بديل. والاحتمالات هي إمكانية حدوث أو عدم حدوث شيء ما، ويعبر عنها بالنسب المئوية. إذا كان شيء مؤكد الحدوث فإن النسبة المعبرة عنه هي ١٠٠٪. وإذا لم يكن مؤكداً فإن نسبته تكون صفرًا. وإذا كانت فرصة حدوث شيء ما ٥٠٪ لـ ٥٠٪ فإن الاحتمال يأخذ نسبة ٥٠٪.

مثال: قرر مدير ما استقدام ممرضين من وكالة توظيف للعمل بالمؤسسة خلال فترة الإجازات الموسمية، وعليه أن يختار من وكالتين (أ) أو (ب). الوكالة (أ) بالرغم من عدم شهرتها فهي تقدم لمدير التمريض عقداً مدته ثلاث سنوات لإمداد المؤسسة بممرضين بمرتبات جامدة خلال فترة ما. أما الوكالة (ب) فهي أكثر شهرة ومعروف عنها أنها تقدم أكثر الممرضين كفاءة في المنطقة، فهي ستوظف ممرضين بمرتبات عالية، ولكنهم أصحاب كفاءة مرتفعة. وعلى مدير التمريض الاختيار بين المؤسسة التي تقدم ممرضين منخفضي التكلفة وبعقد آمن (ولكن قد تنخفض جودة الخدمات الصحية)، أو المؤسسة ب والتي ستمنحه ممرضين أكفاء، ولكن بتكلفة مرتفعة (سيساهم أكفأ الممرضين في منح خدمات رعاية فاعلة).

ويُتَخذ القرار المتسم بالمخاطرة باستخدام الاحتمالات المحسوبة بدقة. وقد يستخدم مدير التمريض نظرية الاحتمالات، وتحليل الاحتمالات لحساب وتقدير المخاطر المحتملة عن كل بديل. وباستخدام تحليل الاحتمالات الذي يشرحه الجدول (٨-٢) (كمثال) يمكن للمدير أن يتعرف على البديل الأمثل.

الجدول (٨-٢). تحليل الاحتمالات.

الوكالة (أ)	سيستمر الممرضون في ملء الوظائف الشاغرة بنسبة ٦٠٪ الأجور ستظل ثابتة بنسبة ١٠٠٪
الوكالة (ب)	سيستمر الممرضون في ملء الوظائف الشاغرة بنسبة ٥٠٪، وقد يتركوا المؤسسة بسبب كفاءتهم الأجور ستظل ثابتة بنسبة ٧٠٪

في المثال السابق قد يقرر المدير التضحية بجزء من التكاليف في مقابل الحصول على ممرضين أكفاء مقدمين خدمات رعاية بجودة عالية، وذلك في حالة زيادة نسبة بقاء الممرضين بالمؤسسة إلى ٩٠٪. والاحتمال الموضوعي (Objective probability) هو الاحتمال المبني على حقائق ومعلومات موثوق فيها. أما الاحتمال غير الموضوعي (Subjective probability) فهو الاحتمال المبني على رأي المدير الشخصي واعتقاداته.

جانين تعمل كمدير تمريض بإحدى وحدات رعاية الحركة المتخصصة، وهي تريد توظيف طاقم عمل من الممرضين المتخصصين في الرعاية الحرجة لأمراض القلب، ولكن المشكلة تكمن في عدم توافر مثل هؤلاء الممرضين المهرة. ويمكن لجانين أن تُغري الممرضين الذين يعملون بالمستشفيات المنافسة للعمل بمنظمتها، وذلك بوعدهم بأجور مرتفعة ومجموعة أخرى من الامتيازات. وهذا يعني أن جانين ستكلف المؤسسة تكاليف إضافية للحصول على هؤلاء الممرضين، والذين ستكون أجورهم مختلفة عن باقي الممرضين، وهو ما سيخلق مناخاً متسماً بالضيق. أيضًا فإن مستقبل الرعاية الصحية لأمراض القلب سيتسم بعدم التأكد، فلا تعرف ما احتمالات زيادة المنافسة في هذا المجال واحتمالية إصدار قوانين خاصة برعاية هذا النوع من المرضى.

خطوات عملية اتخاذ القرار

النموذج المنطقي لاتخاذ القرار (Rational decision-making model) هو عبارة عن مجموعة من الخطوات التي يتبعها المدير لينال بدائل عقلانية ومنطقية تعظم من إمكانية تحقيق الأهداف. أولاً يجب تعريف كل البدائل المتاحة، واختبار احتمالية تحقق كل بديل، ثم يتم اختيار البديل صاحب أكبر احتمالية، والذي سيحقق أحسن النتائج. ولا تتبع كل الخطوات في كل عملية اتخاذ قرارات، ولا يتم استخدامهم بنفس الترتيب. وينظر إلى هذا النموذج على أنه الأفضل رغم أنه الأقل استخدامًا في عمليات اتخاذ القرار.

ونادرًا ما يتخذ الأفراد القرارات المهمة في وقت محدد، ولكن غالباً ما يصعب إعادة عملية اتخاذ القرارات بعد تنفيذ قرار ما. وقد تؤخذ القرارات الكبرى على مراحل صغيرة، وباستخدام بدائل تراكمت مع الوقت. وغالباً ما تتسم عملية القرار بالحيرة والارتباك، والاعتماد على العواطف بدلاً من المنطق. ولهذه الأسباب، يجب بناء نموذج من المهارات المناسبة لاتخاذ القرارات.

طور سايمون نموذج المنطق الوصفي (Descriptive rationality model) في عام ١٩٩٥، ويلقي هذا النموذج الضوء على الحدود المنطقية للمشكلات، ولمتخذي القرار. ويرى هذا النموذج أن متخذ القرار لا يتبع النموذج المنطقي لاتخاذ القرارات بسبب الآتي:

- يتقيد بحث متخذ القرار عن البدائل المتاحة بقيود الوقت والمجهود والتكلفة.
- الأفراد لا يمتلكون كل المعلومات المتعلقة بمشكلة ما، ولا يستطيعون التأثير على الظروف المحيطة بهم.
- أغلب الناس يختارون الإستراتيجية المرضية وليست المثلى.

ويعد الوصول لقرار مرضٍ (Satisfying) إحدى إستراتيجيات اتخاذ القرار، حيث يختار الفرد البديل المرضى (المناسب أو المقبول) وليس البديل الأمثل، وذلك لتحقيق أدنى مستوى من القبول. وتُحَل أغلب مشكلات التمريض باستخدام الإستراتيجيات المرضية غير الفعالة.

(إلينا) مديرة تمريض قسم الجراحة العصبية، وهو قسم يتسم بارتفاع عدد استقالات طاقم الممرضين، ويتطلب رعاية متخصصة للمرضى. ولملء الأماكن الشاغرة تتبع إلينا إستراتيجية البديل المرضي، وهي أنها تقبل جميع الممرضين المتقدمين للوظائف. ولكن كان بإمكان إلينا أن تقبل أصحاب المهارة في التعامل مع مرضى الجهاز العصبي، بغض النظر عن مدى ضرورة شغل الوظائف بالقسم، أو قلة الممرضين المتقدمين للوظيفة. وأيضًا كان يمكن لإلينا أن تطبق بعض الحوافز بقسمها وذلك للقضاء على سبب استقالة العديد من الممرضين بالقسم.

ويفتقد الأفراد المستخدمون للحلول المرضية مهارة اتخاذ القرارات وحل المشكلات. فهم يرون الواقع أكثر بساطة عمَّا هو عليه فعليًا، ويستخدمون نماذج بسيطة للوصول إلى الحلول. وهذا التبسيط يرضيهم لأنهم يستخدمون الفطرة والخبرة في حل المشكلات.

النموذج السياسي لاتخاذ القرارات (political decision-making model) : ويصف عملية اتخاذ القرار الناتجة عن تأثير مجموعات القوة (مثل مجلس الإدارة، والأطباء ، والمديرين) على اتخاذ القرارات التي تحقق مصالحهم وأهدافهم. والسلطة هي قدرة التأثير على الطريقة التي تعرف بها المشكلات والأهداف، والمعلومات، والبدائل، وطريقة اختيار البديل، والقرارات المتخذة. (راجع الفصل السابع)

وتبدأ عملية اتخاذ القرارات عند ظهور فجوة بين ما يحدث حالياً وما يجب أن يحدث، وتنتهي العملية بتضييق تلك الفجوة أو غلقها. وأسهل طريقة لاتخاذ القرارات هي تطبيق نموذج عقلي يتم من خلاله تقسيم مكونات المشكلة أو القرار إلى عدد من الخطوات الفردية البسيطة. ويمكن تطبيق سبع خطوات لاتخاذ القرارات سواء على المستوى الشخصي أو المستوى الإداري (انظر الصندوق ٨-٢). ويمكن التعبير عن كل خطوة باستخدام الأسئلة الآتية، على أن يتم تطبيق الخطوات السبع بالترتيب:

الصندوق (٨-٢). الخطوات السبع لاتخاذ القرارات.

- تعريف المحتوى: لم يجب اتخاذ القرار؟ وما الاحتياجات المطلوبة لاتخاذ القرار؟ عرف المسألة على أوسع نطاق ممكن.
- عرف المعايير: ما الذي يجب تحقيقه والحفاظ عليه، أو تجنبه عند اتخاذ قرار ما؟ والإجابة عن هذا السؤال ستحدد المعايير التي يتم بها تقييم الحلول
- عبر عن المعايير بالأرقام: أعط لكل معيار مقياساً من واحد (غير مهم) إلى عشرة (في غاية الأهمية).
- ابحث عن البدائل: اكتب كل البدائل المحتملة. هل أحد البدائل أكثر أهمية من الآخرين؟ هل يوجد بديل ما يحقق نتائج سلبية؟ هل يمكن تجنب هذه السلبيات؟ هل يمكن الجمع بين بديلين أو مجموعة من البدائل مع بعضها؟
- اختبار البدائل: أولاً : استخدم نفس المقياس الذي تمت الإشارة إليه في النقطة ٣. ثانيًا: قم بضرب المقياس الذي حصل عليه البديل في مقياس كل معيار تم وضعه من قبل. ثالثًا: اجمع النتائج الخاصة بحاصل ضرب البديل الواحد في كل المعايير التي تم وضعها، ثم قارن بين الدرجات.
- وقوع الأخطاء: ما الخطأ الذي حدث؟ وكيف يمكن تحسين الاختيار؟
- قيم العملية السابقة: هل تم تنفيذ البديل؟ وهل هو فعال ومكلف؟

أساليب اتخاذ القرارات

تختلف أساليب اتخاذ القرار وفقًا لاختلاف طبيعة المشكلة أو الموضوع، أو متخذ القرار، أو السياق، أو وسائل متخذ القرار. ويمكن أن تتخذ القرارات الروتينية والحلول المعروفة التي تمت تجربتها من قبل لحل مشكلة معروفة ومؤكدة. وتساعد السياسات المصممة جيدًا، والقواعد، والعمليات، في تحقيق نتائج مرضية بأقل وقت ممكن. ويساعد الذكاء الاصطناعي استخدام برامج الحاسب الآلي في تخزين واسترجاع وحساب البيانات، وتحديد المشكلات، وتضييق البدائل لاتخاذ القرارات.

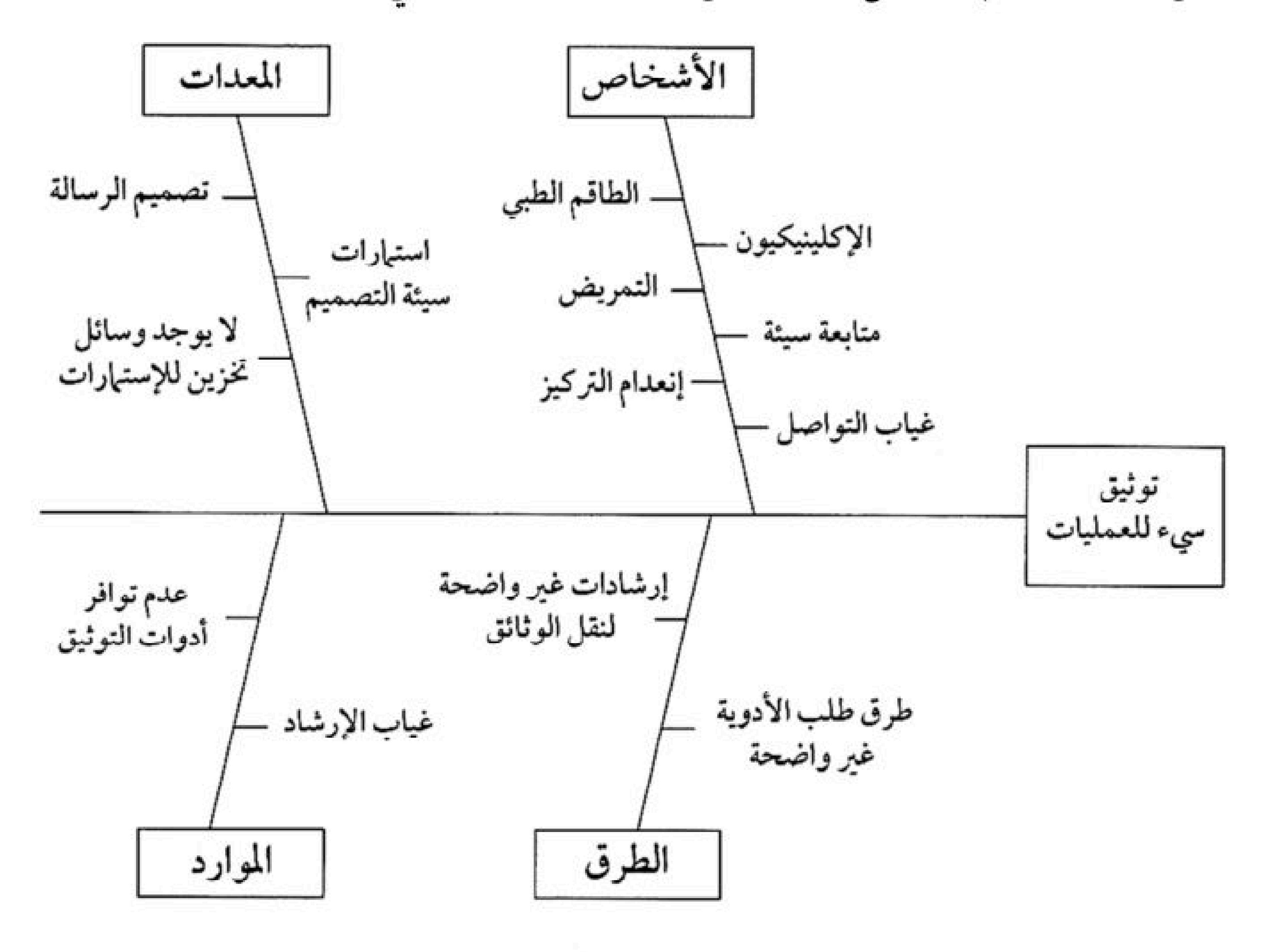
وتستخدم العديد من الشبكات والجداول للمقارنة بين النتائج والبدائل المختلفة. ويمكن أن يساعد تحليل بيانات المخرجات والتكاليف والأرباح في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بتقديم الخدمات. مثلاً يتم تحليل التكاليف والأرباح الناتجة عن تقديم خدمة جديدة تريد المؤسسة إدخالها في منظومتها.

وبغض النظر عن الإستراتيجية أو النموذج المستخدم لاتخاذ القرارات فإنه من المهم دوماً جمع البيانات وتحليلها. وتستخدم فرق الجودة بمؤسسات الرعاية الصحية العديد من الوسائل مثل شبكة القرارات والرسومات وأشكال الأسباب والنتائج في جمع وتحليل البيانات. ويوضح الشكل ٨-٣ الأسباب والنتائج (Cause-and-effect diagram) التي استخدمها الممرضون العاملون بإحدى وحدات رعاية الأطفال في أثناء عملية رسم خطة لتحسين عملية إعداد التقارير.

ويعد التحليل الديناميكي الشبكي لاتخاذ القرارات (Dynamic Network Analysis Decision Support (DyNADS)) أحد أمثلة أدوات اتخاذ القرارات التي استحدثتها كلية التمريض بجامعة أريزونا (انظر الموقع http://www.dynads.nursing arizona.edu). ويساعد هذا البرنامج المدير في توقع نتائج عملية اتخاذ القرارات على سلامة المريض والجودة. ويحاكي النموذج إدارات التمريض، ويعرف الأخطاء المحتملة، والنتائج. وباستخدام هذه الأداة يستطيع المديرون تحديد مدى نجاح الحلول الابتكارية التي يتخذونها (Effken *et al.*, 2010). ويحسن برنامج (DyNADS) من عملية التنبؤ بمدى نجاح القرارات المتخذة في بيئة تتسم بالتعقيد وعدم التأكد.

مجموعات اتخاذ القرار

تشجع نماذج الإدارة بالمشاركة، والحكم بالمشاركة، وفرق تحقيق الجودة على تكوين مجموعات لاتخاذ القرارات. ويحدد مديرو التمريض الوقت الأفضل لتكوين مثل هذه المجموعات، وكيف يتم العمل بها لإخراج قرارات فعالة. و قد أثبتت عدد من الدراسات أن الأشخاص ذوي الكفاءة لا يعملون بشكل جيد بمفردهم في ظل بيئة معقدة. وكبديل يتم تكوين مجموعات لاتخاذ القرار بحيث يقتصر دور المدير الفردي على المساعدة والاستشارة. وينتج عن العمل الجماعي مخرجات أكثر وقرارات أحسن والتزامات أكثر. ويعد العصف الذهني (Brainstorming) إحدى أدوات مجموعة اتخاذ القرارات. وباستخدام العصف الذهني، يجتمع أفراد المجموعة ويحررون أفكارهم المتعلقة بطبيعة وسبب وتعريف وحل المشكلة وذلك دون أن تؤخذ هذه الأفكار في الاعتبار، فهي مجرد تجميع للآراء الفردية عن المشكلة. ويعبر الشكل (٨-٣) عن عملية العصف الذهني.



الشكل (٨-٣). رسم الأسباب والنتائج.

وينتج عن عملية العصف الذهني كثير من الأفكار في وقت صغير، وغالباً ما تكون هذه الأفكار غير اعتيادية. ويجب ألا ينتقد أعضاء المجموعة أي رأي أو فكرة. ويتم التقييم بعد الانتهاء من توليد الأفكار. وبالرغم من أن هذا الأسلوب ممتع إلا أنه غالباً لا ينجح بسبب توجيه الانتقادات. ومن عيوب هذا النموذج ارتفاع التكاليف، وإهدار الوقت، وسطحية الأفكار المستنتجة.

حل المشكلات

يستخدم الأفراد تقنيات حل المشكلات عندما يشعرون بوجود فجوة بين الوضع الحالي (ما هو كائن) وبين الوضع المرغوب فيه(ما يجب أن يكون). وتؤثر كيفية تصور الوضع على كيفية تحديد وحل المشكلة. ولهذا، يجب توضيح التصورات قبل التطرق لحل المشكلة.

أساليب حل المشكلات

تستخدم العديد من وسائل حل المشكلات. وغالباً ما يستخدم الأفراد أصحاب المهارات الإدارية المحدودة مبدأ التجربة والخطأ (Trial-and-error method) في حل المشكلات، حيث يتم تطبيق حل وراء آخر حتى يتم حل المشكلة، أو على الأقل تحسينها.

ماكس، مدير تمريض بإحدى وحدات الرعاية التي تعاني من كثرة حدوث الأخطاء الدوائية. واستخدم ماكس عدداً من الإستراتيجيات لحل هذه المشكلة. مثلاً، طلب من الممرضين استخدام الآلات الحاسبة لحساب كمية الدواء، وإشراف الممرض المسؤول عن الأدوية، وتعليق ورقة بالأدوية المستخدمة وجرعاتها بداخل الوحدة. وبعد عدة أشهر، لم تنجح أي من الإستراتيجيات السابقة في تقليل الأخطاء الدوائية. واعتقد ماكس أنّه من الممكن أن يصبح الممرضون أكثر انتباهاً إذا تحملوا مسؤولية أخطائهم. وطور ماكس نظاماً جديداً للمعاقبة على ارتكاب الأخطاء الدوائية وهو: عندما يرتكب أحد الممرضين عدداً معيناً من الأخطاء فإنه سيخضع لاختبار يحدد مدى معرفته بالأدوية، وعند تكرار السقوط في الامتحان يتم إنهاء عمل هذا الممرض. ونتج عن ذلك تخفيض نسبة ارتكاب الأخطاء الدوائية.

وكما يوضح المثال السابق، فإن مبدأ التجربة والخطأ يهدر كثيرًا من الوقت. وبالرغم من أن مدير التمريض يتعلم من أخطائه فإن هذا سيجعله يكتسب صورة سيئة، حيث إنه أهدر كثيرًا من الوقت والمال على حلول غير فعالة.

ويعد التجريب مبدأ آخر من مبادئ حل المشكلات، ولكنه أكثر حزمًا من مبدأ التجربة والخطر. ومن أمثلة مبدأ التجريب: المشاريع التجريبية (Pilot projects). ويشمل مبدأ التجريب اختبار الفرضيات، وتواجد حدس داخلي يشير إلى كيفية الفهم والتنبؤ بالمسألة. ويمكن أن يتم تنفيذ المشاريع التجريبية في محيط محكم (Controlled setting) مثل المختبر، أو في محيط غير محكم (Uncontrolled setting) كالعيادات الخارجية. ويتم جمع واختبار البيانات وتفسير النتائج لتحديد مدى نجاح الحل المُختَبر.

لين مديرة تمريض بقسم الأطفال بإحدى المؤسسات. وتتلقى لين الكثير من شكاوى الأمهات حول سوء معاملة وسرعة انفعال الممرضات بهذا القسم. ولدى لين حدسٌ بأن نظام الوردية الممتدة لـ ١٢ ساعة المطبق حديثاً هو السبب في هذه المشكلة، وهذا لأنها تعتقد أنَ الممرضات يعملن براحة أكثر في ظل نظام الورديات الممتد لـ ٨ ساعات عمل. وقد اختبرت لين هذه الفرضية باستخدام دراسة مقارنة لنظامي الورديات وأثرهما على رضاء العميل.

وقد يكون التجريب مبدعًا وفعالاً، وقد لا يكون مبدعًا أو فعالاً، وذلك يتوقف على كيفية تطبيق هذا المبدأ. وقد لا يكون مبدأ التجريب فعالاً بسبب كمية الوقت المهدر والسيطرة العالية اللذين يحتاجهما هذا المبدأ. وقد تقدم التجربة المصممة جيدًا نتائج مقنعة، وذلك إذا تم تطبيقها على واحدة من مجموعتين متشابهتين، وتمت مقارنة النتائج بين المجموعة التي طبقت عليها التجربة، والمجموعة الأخرى التي لم تطبق عليها التجربة.

وفي أغلب الأحيان تعتمد عملية حل المشكلات على التجارب السابقة والحدس. وقد تعرض الجميع لعدد لا متناه من التجارب السابقة. ويبنى الأفراد نماذج من التجارب السابقة التي أثبتت نجاحها في الماضي. فعندما يتوصل إلى حل ما من مجموعة النتائج الإيجابية، فإن الفرد سيحاول إعادة استخدام هذا الحل عند ظهور نفس الظروف أو المشكلة التي تم فيها استخدام ذلك الحل. وفي بعض الحالات، قد تحدد التجارب السابقة قدر المخاطر التي سيتحملها الفرد في ظل الظروف المحيطة.

وتؤثر طبيعة ومدى التجربة على فاعلية حل المشكلة. فالقدر الذي تعلمه الشخص من تجاربه السابقة سواء كانت إيجابية أو سلبية يؤثر على رؤيته للظروف المحيطة به، فتزداد حكمته وموضوعيته عند التعامل مع المشكلات، أما إذا كان قدر ما تعلمه الفرد من تجاربه ضئيلاً فإن رؤية ذلك الشخص ستكون محدودة. ويُبنى الحدس على التجارب السابقة والأخطاء التي ارتكبها الشخص في الماضي. وتؤثر حكمة وحدس وإحساس الممرض على طريقة حله للمشكلات.

وبعض المشكلات تُحل تلقائياً، وذلك عندما يقوم المتسبب فيها بحلها بنفسه وليس بمساعدة من المدير. ولكن هذا لا ينطبق على كل المشكلات، فلا يجب أن يهمل مدير التمريض مسؤولياته في حل المشكلات، ولكن قد تُحل المشكلات المعقدة عندما يُمنح الوقت والموارد والدعم اللازم للمتسببين في هذه المشكلة، ويتم إرشادهم لحلها بأنفسهم.

مثلاً فإن الممرض المعين حديثًا بإحدى المؤسسات الصحية يواجه مضايقات من بقية طاقم العمل المتمرس وذلك لانعدام خبراته. فإذا تدخل مدير التمريض لحل هذه المشكلة قد ينتج عن ذلك زيادة استياء طاقم العمل المتمرس من هذا الممرض الحديث، وقد يحدث صراع بينهم، ولهذا فإن مهارة التدخل في مثل هذه الحالات تتوقف على معرفة الوقت الذي يكون فيه التدخل ضرورياً، ومتى لا يكون ضرورياً. (انظر الفصل ١٢).

عملية حل المشكلات

تتطلب بعض مشكلات التمريض تدخلاً فورياً، ولا يكون هناك وقت لجمع وتحليل بيانات عن المشكلة، ولهذا يجب التعرف على الخطوات العملية لحل المشكلات والتي يوضحها الصندوق رقم (٨-٣).

الصندوق (٨-٣). خطوات حل المشكلات.

- تعريف المشكلة.
- جمع المعلومات.
- تحليل المعلومات.
- وضع الحلول.
- اتخاذ القرار.
- تطبيق القرار.
- تقييم الحل.

• تعريف المشكلة: يجب أن تكون مجرد عبارة وصفية للمشكلة، وليس تقييمًا أو ملخصًا لها. فإذا بدأ الشخص بالحكم على المشكلة، فإن ذلك قد ينهي بقية خطوات الحل.

مثلاً، يترك مدير التمريض بمؤسسة ما للممرضين تحديد جدول عملهم ومهامهم بأنفسهم، ولكنه يجد أن عدد حضور الممرضين بالورديات المسائية وورديات نهاية الأسبوع يكون طفيفاً، ولهذا اتخذ المدير حكماً مسبقًا على طاقم العمل على أنه غير ناضج، ولا يستجيب لمبادئ القيادة

الديمقراطية. بيد أن الأسباب في الواقع قد تكون مختلفة، فقد لا يفهم الممرضون أهمية هذه العملية، أو أنهم لا يعلمون كيف يعملون بشكل جماعي، أولا يدركون أثر ذلك على صحة المرضى. وإذا عالج المدير المشكلة على أنها عدم نضج طاقم العمل فإن المشكلة التي تبدو صغيرة سوف تتحول إلى ثورة غضب على الممرضين. ويؤدي التفسير المبدئي الخاطئ إلى عدم الانتباه لبقية الحقائق الموضوعية. فقد تكون هناك أسباب أخرى غير سلبية أدت إلى ظهور مثل هذا السلوك الخاطئ.

كما قد يؤثر التعريف الصحيح للمشكلة على كيفية حلها، فقد يختار المدير حلاً دائماً أوحلاً مؤقتاً وفق فهمه للمشكلة. هل المشكلة بسيطة و تحتاج إلى تدخل بسيط ومؤقت، أم هي معقدة وتحتاج إلى تبنى نموذج قيادة ما؟. استخدم الأسئلة الآتية لتعريف المشكلة:

- هل لدى سلطة التدخل حل لهذه المشكلة؟
- هل أملك كل المعلومات المتاحة؟ وهل هذا هو التوقيت المناسب؟
- من لديه معلومات مهمة ويمكنه المشاركة في حل المشكلة؟
- ما الفوائد المتوقعة من حل المشكلة؟ . يمكن المقارنة بين الحلول المختلفة وتقييم المشكلة عن طريق تحديد الفوائد الناتجة من حل المشكلة.

• جمع المعلومات: تبدأ عملية حل المشكلات عند جمع الحقائق. وتقدم مرحلة جمع المعلومات مجموعة من الحقائق والأدلة التي تساهم في كشف حلول للمشكلة. وتشجع هذه المرحلة الناس على تبليغ الحقائق بدقة. ويمكن لجميع المتضررين من المشكلة المشاركة في عملية جمع المعلومات. ولا تقدم عملية التجميع هذه معلومات موضوعية، ولكنها تساهم في تقليل نسبة الخطأ في توصيل المعلومات، وتسمح لكل المشاركين بالتعبير عن آرائهم.

وتعد الخبرات السابقة من أهم مصادر المعلومات، سواء كانت الخبرات الفردية لمدير التمريض، أو الكلية لطاقم التمريض والمدير. وقد تكون بعض المعلومات غير مهمة أو غير دقيقة ولكن البعض الآخر سيتم استخدامها في مرحلة توليد الحلول المبتكرة.

• تحليل المعلومات: تبدأ هذه المرحلة عندما يتم تصنيف وترتيب المعلومات بالطريقة الآتية:

١. صنف المعلومات بناءً على درجة مصداقيتها.

٢. رتب المعلومات من الأقل أهمية للأكثر أهمية.

٣. ضع المعلومات في التتابع الزمني الصحيح. ما الذي حدث أولاً؟ وما الذي جاء ثانيًا؟ وما تزامن الأحداث؟

٤. حدد ما النتيجة وما السبب. هل (ب) هي نتيجة لحدوث (أ)، أم العكس؟

٥. صنف المعلومات إلى فئات: عوامل بشرية، مثل الشخصية، والتعليم، والعمر، والعلاقات والمشكلات الخارجية. أو عوامل تقنية، مثل مهارات التمريض، ونوع الوحدة الطبية أو عوامل زمنية مثل: مدة تقديم الخدمة، والوقت الإضافي، وفترة الورديات، أو عوامل سياسية، مثل: السياسات التنظيمية، والقوانين والمسائل الأخلاقية.

٦. حدد الوقت الذي استمر فيه الوضع.

ولأنه لا توجد معلومات كاملة وشاملة بالدرجة الكافية، يجب على مدير التمريض أن يستخدم مهارات التفكير النقدي لاختبار الفرضيات والأدلة والصراعات المحتملة الحدوث.

• وضع البدائل: بعد تحليل البيانات ستظهر العديد من الحلول التي يمكن استخدامها لحل المشكلة. لا تعتمد على توليد الحلول البسيطة فقط حتى لا تقتل الإبداع. ويمكن جمع عدة بدائل متناسبة بعضها مع البعض لتصبح بديلاً واحداً متكاملاً. أيضًا فإن البدائل تفيد في حالة عدم القدرة على تطبيق الحل الذي يحتل المرتبة الأولى.

لا تتبع نفس الطريقة التي تم التعامل بها مع نفس المشكلة في الماضي. فقد تمددت المشكلات على فترات زمنية طويلة، وتستخدم طرقاً كثيرة لحلها على أوقات متباعدة. فلا تقل: "لقد جربنا هذا الحل من قبل ولم ينجح" فقد ينجح تطبيق الحل هذه المرة بسبب اختلاف الظروف عما كانت عليه من قبل. قد لا تحمل الخبرات القديمة الحلول الصحيحة، ولكنها غالباً ما تساعد في عملية التفكير النقدي.

• اتخاذ قرار: اختر الحل المناسب والقابل للتنفيذ. بعض الحلول تتطلب التنفيذ السريع ربما لتأثيرها على سلامة المريض. وقد يترتب على بعض الحلول التقنية التي تقترح تغيير نظام العمل أو تغيير المعدات حدوث معارضة قوية من جانب العمل. وفي مثل هذه الحالات يجب البدء بعملية طرح مبادرة للتغير قبل أن يتم تنفيذ الحل. وإذا كانت الحلول تتطلب تغييرًا، يجب إشراك المديرين في مثل هذه العمليات، أو على الأقل إعلامهم بضرورة التغيير (راجع الفصل الخامس).

• تنفيذ القرار: نفذ القرار بعد اختيار الحل الأفضل. إذا ظهرت مشكلات أخرى غير متوقعة بعد تطبيق الحل الذي تم اختياره، قم بتقييم هذه المشكلات أو المعوقات. ولا تتنازل عن حل جيد بسبب معارضة عدد من الأفراد لهذا الحل، فإذا تم اتباع الخطوات السابقة لحل المشكلات بصورة دقيقة، وتم تصميم الحلول بحذر، وتم استهداف المشكلات، فيجب الاستمرار بمرحلة التنفيذ.

• تقييم الحل: بعد تنفيذ الحل راجع النتائج والفوائد المترتبة على استخدام ذلك الحل. قد يعود بعض الأشخاص للقيام بعاداتهم القديمة. لذا يجب طرح التساؤلات الآتية لمتابعة عملية حل المشكلات، والاستفادة من الخبرة التي تم اكتسابها في عملية حل هذه المشكلة، والتساؤلات هي: هل تم تطبيق الحل؟ وهل النتائج كانت سلبية أم إيجابية؟ إذا كانت النتائج إيجابية، ما التغيير الذي أدى لحدوث هذه الإيجابيات؟ وكيف يمكن التأكد من استمرار العمل بهذا الحل؟ انظر دراسة الحالة (٨-٢) التي تشرح كيفية استخدام ممرض لعملية التفكير النقدي في حل مشكلة ما.

دراسة الحالة (٨-٢). التفكير النقدي وحل المشكلات.

لاتونيا ويلسون مديرة تمريض بإحدى وحدات الرعاية الحرجة، ومسؤولة عن ٢٠ سريرًا بوحدة القياس عن بعد. ويقدم الممرضون في هذا القسم خدمات رعاية ما بعد العمليات، بالإضافة لذلك يقومون بتحضير المرضى الذين سيخضعون لعمليات قسطرة القلب. ويتكون فريق عمل لاتونيا من ٨ ممرضين حديثي التخرج، وهم تقريبًا نصف عدد طاقم الممرضين بالقسم. وقد حضر هؤلاء الممرضون عددًا من التدريبات بالمستشفى قبل البدء بالعمل.

وقد وجد أن المرضى الذين كان من المفترض أن يحصلوا على حقن وريدية بالهيبارين المقطر قد تم إعطاؤهم حقن وريدية خاصة بالهيبارين المدفق وتكرر هذا الخطأ ثلاث مرات، مع العلم بأن أكياس الحقن الوريدي لعمليات تدفيق وتقطير الهيبارين تخزن معاً في نفس المكان بالوحدة. ولم يترتب على ذلك نتائج عكسية مؤثرة على صحة المرضى، ولكن تم تأجيل العمليات التي كان من المفترض إجراؤها.

جينا دوناتي ممرضة حديثة التخرج تعمل بوحدة القياس عن بعد. قامت جينا بإحضار كيس الهيبارين المقطر. وعند البدء بعملية الحقن الوريدي وجدت على الكيس ورقة مكتوباً عليها " إن هذا الكيس خاص بعمليات تدفيق الهيبارين"، وعندما عادت جينا إلى مكان التخزين وجدت أن أكياس تقطير وتدفيق الهيبارين قد تم خلطها في نفس الصندوق. وطلبت جينا الصيدلي المختص ليراجع هذه المشكلة. ولاحظت جينا أن الصيدلي قام بوضع عدة أكياس هيبارين مقطر في صندوق الهيبارين المدفق.

وأبلغت جينا بالخطأ الذي اكتشفته للاتونيا، فطلبت لاتونيا منها أن تشترك مع اثنين آخرين من الممرضين المسجلين في مراجعة أكياس الهيبارين لتصحيح الخطأ الحادث، ووضع كل كيس في الصندوق الصحيح الخاص بتخزينه. وقد تم تغيير البطاقات الموجودة على الأكياس لتوضح ما نوع الهيبارين الموجود بالكيس، كما تم فصل الأكياس عن بعضها وتخزينها في صناديق مختلفة. ووضعت الصناديق على أرفف متباعدة، وتم إخبار طاقم العمل بالتغييرات التي حدثت. وبعد حل المشكلة لم تحدث أية أخطاء طبية أخرى متعلقة بهذا الشأن.

الدروس المستفادة:

- مدير التمريض مسؤول عن تتبع وتحديد الأخطاء والممارسات السلبية التي تحدث في وحدته.
- تحليل النتائج السلبية ومعرفة العوامل المؤثرة التي أدت لحدوث تلك النتائج.
- تمكين طاقم العمل وتدريبه لتحسين عمله.
- معرفة الهيكل التنظيمي للمنظمة، ومساعدة طاقم العمل الخاص بالوحدات الأخرى بالمنظمة.

مجموعة حل المشكلات

غالباً ما يحل المديرون المشكلات بمفردهم. ولكنها طريقة عفا عليها الزمن. فمع زيادة تعقيد المشكلات، وزيادة مطالبات طاقم العمل على المشاركة في الإدارة، تم التحول من الحل الفردي للمشكلات إلى العمل في مجموعات لإيجاد الحلول. وأصبح من الطبيعي إيجاد الحلول وفق جو من التوافق والمشاركة بين طاقم العمل ككل.

مميزات تكوين مجموعات حل المشكلات

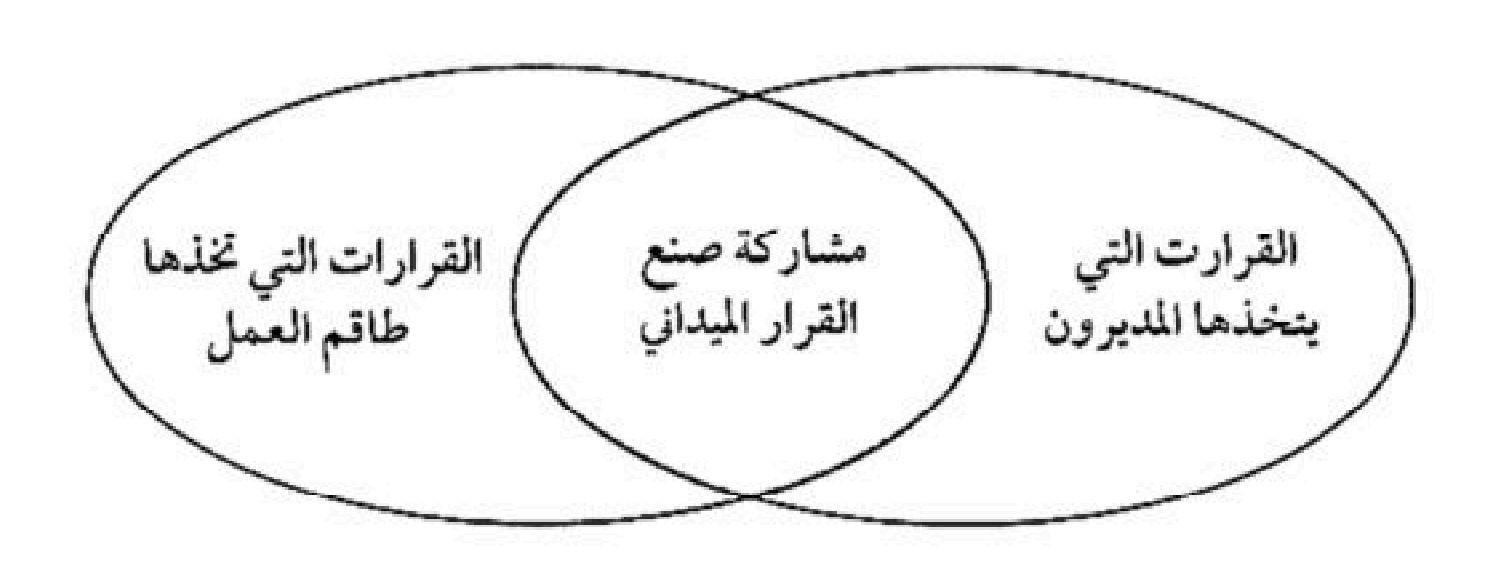
تجمع المعلومات خبرات ومعلومات أكثر مما كان من الممكن أن يقوم به الفرد الواحد، كما تخلق المجموعة عدداً أكبر من البدائل. وبافتراض الظروف المواتية، وتواجد قيادة مناسبة، تتمكن المجموعات من حل أكثر المشكلات تعقيدًا، خلافًا لما يستطيع أن يقوم به الفرد الواحد. وغالباً ما يعتمد الفرد على اتباع عدد محدود من الإستراتيجيات البسيطة لحل المشكلة، أما المجموعة، فتجرب طرقاً متنوعة لتوليد حلول أكثر للمشكلة.

ويمتلك أعضاء المجموعة خبرات متنوعة وآراء مختلفة. ويمكن للمجموعة جمع بيانات أكثر وأقل تحيزًا وأكثر دقة وكمالاً. وتتمكن المجموعات من التعامل بفاعلية مع المشكلات التي لا تقع داخل حدود المؤسسة، ويمكنها التعامل مع المشكلات التي تتطلب دعم أكثر من وحدة أو قسم بداخل المؤسسة. أيضًا فإن الاشتراك في عملية حل المشكلات يزيد من تقبل وتوافق طاقم العمل على الحلول المختارة، أو التغييرات التي يجب القيام بها للتخلص من المشكلة.

عيوب تكوين مجموعات لحل المشكلات

تهدر المجموعات الكثير من الوقت والموارد، وقد ينتج عنها صراع. وقد يظهر نوع من أنواع الاستبداد داخل مجموعات حل المشكلات، حيث يسيطر أكثر الأعضاء قوة على الأعضاء قليلي المعلومات والخيارات والثقة، ومن ثم يسيطر هؤلاء الأعضاء على عملية اتخاذ القرار. وقد يحدث صراع بين مديري التمريض وبين الأعضاء المستبدين بالمجموعة.

وقد لا يرغب المديرون في تكوين مجموعات لحل المشكلات، خوفًا من أن هذه المجموعة سوف تحل محل المدير في اتخاذ القرارات، أو خوفًا من الصراعات التي قد تنتج عن مثل هذه المجموعات. وبغض النظر عن خوف المدير، فعليه أن يعرف أن هناك قرارات يتخذها المدير فقط (مثل وضع الميزانية)، وهناك قرارات يتخذها طاقم العمل فقط (مثل تحديد جدول العمل الخاص بهم)، وهناك قرارات يجب أن يتشارك فيها المديرون والطاقم (مثل احتياجات المؤسسة لتوظيف ممرضين جدد). انظر الشكل ٨-٤.



الشكل ٨-٤ القرارات المشتركة

يمكن أن تتأثر هذه المجموعات بظاهرة التفكير الموحد للمجموعة (Groupthink). وظاهرة التفكير الموحد للمجموعة هي ظاهرة سلبية تحدث عندما يكون الفريق متماسكاً بدرجة عالية قد تؤدي إلى انعزال أعضائه عن بقية طاقم العمل. ومن خلال التقارب الشديد بين أعضاء الفريق يتحول تفكير الأعضاء ليصبح تفكيراً متشابهاً وموحداً ومتحيزاً ليأخذ شكل القالب الواحد. وتميل المجموعات التي تعاني من تلك الظاهرة إلى توحيد طريقة تفكير أعضائها، وهو ما يتعارض مع مبدأ التفكير النقدي. وتصبح القيادة في هذه المجموعات قيادة قمعية، محبطة للنقاشات المنفتحة

والمختلفة، فيحدد القائد نوعية الأفكار التي يجب مناقشتها بالمجموعة. وقد ينتج عن مثل هذه المجموعات قرارات مدمرة تؤثر سلبياً على المؤسسة كلها.

كما تميل المجموعات إلى المخاطرة، فتدعم المجموعات الأفكار غير التقليدية وغير الشائعة. وتكون المجموعات أقل تحفظًا من متخذ القرار الواحد، فتظهر المجموعات شجاعة أكثر ودعماً أكبر للأفكار المبدعة الابتكارية.

وفي حالة العمل الفردي يخاف متخذ القرار الذي ليس لديه معلومات كثيرة من البدائل التي لا يعرفها، ومن ثم يأخذ بدائل آمنة، أما في حالة العمل الجماعي، فإن الفرد يكتسب معلومات إضافية، ولذا لا يتحفظ من اتخاذ القرارات الخطرة. وتقسم المجموعات مسؤولية تحمل نتيجة القرارات على أعضائها. فإذا حدث خطأ يتحمل الجميع المخاطرة واللوم.

عقبات تطبيق عملية اتخاذ القرارات وحل المشكلات

تشكل شخصية القائد، وانعدام خبراته، وعدم قدرته على التكيف، وأفكاره السابقة بعض العثرات التي تحول دون التطبيق الناجح لعملية اتخاذ القرارات وحل المشكلات.

الشخصية

تؤثر شخصية المدير على كيفية اتخاذه للقرارات. وغالباً ما يتم اختيار المديرين بسبب مهاراتهم الإكلينيكية، وليس وفقًا لمهاراتهم الإدارية. وقد يؤدي انعدام الخبرات الإدارية إلى حدوث نتائج سلبية؛ فقد يتخذ المدير قراراته لإرضاء طاقم العمل، فإذا حدثت مشكلة كبيرة، يفضل المدير اتخاذ قرارات ترضي طاقم العمل بدلاً من القرارات التي يترتب عليها اعتراض عدد من الممرضين وإن كان طفيفاً، وهو ما يحول دون تحقيق أهداف الوحدة أو المؤسسة.

ومن ناحية أخرى، فإن المدير المحب للسلطة قد يتخذ قرارات غير منطقية، فقد يرفض مكافأة الممرضين الذين عملوا ورديات إضافية بسبب شخصيته المتسمة بإدمان العمل، كما قد يرفض إشراك الممرضين في عمليات اتخاذ القرارات ولو كانت بسيطة. أيضًا فإن المدير قليل الخبرات يرفض اتخاذ حلول أو أفكار جديدة لحل المشكلات التي تعاني منها الوحدة. والسلوكيات المتسمة بالتفاؤل والمرح والإيجابية تؤثر على طاقة طاقم العمل ، وتشجعهم على الإبداع.

الجمود

تؤثر الإدارة غير المرنة على عملية حل المشكلات بالسلب، فيؤدي الجمود إلى اتخاذ الحلول وفقًا لمبدأ التجربة والخطأ، والخوف من تحمل المخاطرة. ويمكن للمدير أن يتجنب التجربة والخطأ من خلال تجميع معلومات كافية، وتحديد طرق مبتكرة لتصحيح الأخطاء أو القرارات الخاطئة. ولتقليل نسبة المخاطر يجب الإحاطة بكل المخاطر المحتملة بكل بديل على حدة.

ويميل المدير جامد الرؤية إلى النظر للأفكار الجديدة بطريقة عفا عليها الزمن. فيصعب على المدير النظر للأفكار الجديدة بمنظور مختلف، ومن ثم يختار البدائل وفقًا للبيانات والمعلومات الضئيلة المتوافرة. ويعد الجمود أحد معوقات حل المشكلات الفعال الذي تتطلبه البيئة المتغيرة لمؤسسات الرعاية الصحية.

التصورات السابقة

المدير الكفء لا يتصور مسبقًا أن أفكاره هي الأصح وبقية الأفكار أفكار خاطئة، كما لا يقمع بقية الأفكار وينفرد بآرائه، حيث يهتم المدير الكفء بأسباب اعتراض البعض على عدد من الأفكار. ويجب على المدير أن يدمج الرؤى الخاصة بطاقم العمل والمرضى عن المشكلات مع المعلومات المتوفرة لديه لينتج مجموعة جديدة من البدائل الصالحة للاستخدام.

الابتكار

الابتكار إستراتيجية لتقليل الفجوة بين الوضع الحالي، والوضع المرغوب فيه (O'Grady & Malloch, 2010–Porter). وقد أكدت بعض الدراسات على أهمية الابتكار في إيجاد حلول متنوعة للمشكلات المتعددة التي تعاني منها بيئة الرعاية الصحية (Lachman, Glasgow,& Donnelly, 2009). وأطلقت الأكاديمية الأمريكية لعلوم التمريض (The AmericanAcademy of Nursing) حملة تحت اسم "ارفع صوتك Raise the Voice" لتشجيع الممرضين على حلول جديدة تخدم بيئة الرعاية الصحية (تابع الموقع التالي لمزيد من المعلومات www.aannet.org).

اتبع الوسائل التالية لتحفيز التفكير الابتكاري :

- المحاكاة :استخدم ممثلين ليقوموا بدور المرضى.

• دراسات الحالة تشجع الأفراد على التفكير النقدي لتحليل مشكلات المرضى.

• التعلم المبني على المشكلات : أدخل معلومات جديدة على دراسات الحالة.

• النقاش يساعد الأفراد على رؤية المسألة من أكثر من زاوية (Lachman,Glasgow,& Donnelly, 2009).

كما أنشأت إحدى الكليات برنامجاً تعليمياً عن الابتكار يؤخذ بعد الحصول على شهادة الماجستير (Dreher, 2008). وتقدم كلية التمريض بجامعة دريكسل (Drexel University's Collegeof Nursing) برامج مباشرة عن الابتكار وإدارة الأعمال (تابع موقع www.Drexel.edu). وهذا البرنامج يحفز مهارات التفكير الإبداعي لحل المشكلات الخارجية والداخلية (Lachman, Glasgow,& Donnelly, 2009).

وتساعد مهارات التفكير النقدي والإبداع والابتكار الممرضين لحل المشكلات واتخاذ القرارات في أقل وقت ممكن، وبأقل موارد ممكنة.

الخلاصة:

• التفكير النقدي هو عملية فحص الافتراضات، وتفسير وتقييم الحجج والبدائل والانتقادات، وذلك للوصول إلى خلاصة نهائية صحيحة، يمكن تفسيرها.

• للإبداع أربع مراحل هي: الإعداد، واحتضان الأفكار، وتوليد الحلول، والتحقق.

• تتطلب عملية حل المشكلات واتخاذ القرارات تطبيق مبادئ التفكير النقدي.

• من نماذج اتخاذ القرارات: النموذج المنطقي لاتخاذ القرارات، ونموذج المنطق الوصفي، والقرار المرضي، والنموذج السياسي لاتخاذ القرارات.

• غالباً ما تؤخذ القرارات في ظل ظروف قد تتسم بالوضوح أو الخطورة أو عدم التأكد.

• من نماذج عملية حل المشكلات: مبدأ التجربة والخطأ، ومبدأ التجريب، والتجارب السابقة، والتقاليد والحل الذاتي للمشكلات.

• مراحل حل المشكلات هي: تعريف المشكلة، وجمع المعلومات، وتحليل المعلومات، ووضع الحلول، واتخاذ القرار، وتطبيق القرار، وتقييم الحل.

• قد ينتج عن تكوين مجموعة لحل المشكلات عدد من الإيجابيات كتوفير حجم أكبر من المعلومات. وقد ينتج عنها نتائج سلبية كالصراعات، وتوحيد طريقة التفكير.

• تشكل شخصية القائد، وانعدام خبراته، وعدم قدرته على التكيف، وأفكاره السابقة بعض العثرات التي تحول دون التطبيق الناجح لعملية اتخاذ القرارات وحل المشكلات.

• الابتكار إستراتيجية لتقليل الفجوة بين الوضع الحالي والوضع المرغوب فيه.

أدوات اتخاذ القرارات وحل المشكلات

• تعريف المشكلات.
• وضع التساؤلات، وتفسير البيانات، وتوليد البدائل لحل المشكلات، واتخاذ القرارات.
• تقدير مستوى التأكد، أو عدم التأكد، أو المخاطر، وتوليد بدائل مناسبة للوضع.
• تحديد إيجابيات وسلبيات تكوين مجموعات اتخاذ القرار وحل المشكلات.
• اتبع خطوات حل المشكلات التي تمت مناقشتها سابقًا.
• ابحث عن حلول مبدعة ومبتكرة.

التقويم :

• هل تعرف شخصًا ما يمتلك مهارات التفكير النقدي؟ ما المهارات التي يمتلكها؟

• هل اتخذت قرارًا مهماً من قبل؟ كيف اتخذته؟ وما النتائج؟ استخدم ما تم شرحه في الفصل للإجابة عن هذا السؤال.

• هل شاركت في إحدى مجموعات اتخاذ القرارات بالعمل أو الكلية؟ ما الوسائل التي استخدموها؟ وهل كانت فعالة؟

• تم مناقشة الكثير من الأسباب التي تؤدي لفشل عملية حل المشكلات في هذا الفصل. اذكر ثلاثة أسباب إضافية تؤدي لفشل عملية حل المشكلات.

• هل قدمت من قبل فكرة مبتكرة أو مبدعة؟ ما الفكرة؟ وما الذي حدث؟

المراجع

Ashcraft, T. (2010). Solving the critical thinking puzzle. *Nursing Management, 41*(1), 8–10.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2009). *Educating Nurses: A call for radical transformation.* San Francisco: Jossey-Bass.

Bittner, N. P., & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of Nursing Administration, 39*(3), 142–146.

Dreher, H. M. (2008). Innovation in nursing education: Preparing for the future of nursing. *Holistic Nursing Practice, 22*(2), 77–80.

Effken, J. A., Verrn, J. A., Logue, M. D., & Hsu, Y. C. (2010). Nurse managers' decisions. *Journal of Nursing Administration, 40*(4), 188–195.

Lachman, V. D., Smith Glasgow, M. E., & Donnelly, G. F. (2009). Teaching innovation. *Nursing Administration Quarterly, 33*(3), 205–211.

Porter-O'Grady, T. & Mal loch, K. (2010). *In novation leadership: Creating the landscape of healthcare.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Simon, H. A. (1993). Decision making: Rational, non-rational, and irrational. *Education Administration Quarterly, 29*(3), 392–411.

Zori, S., Nosek, L. J., & Musil, C. M. (2010). Critical thinking of nurse managers related to staff RNs' perceptions of the practice environment. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(3), 305–313.

الفصل التاسع

كفاءة التواصل

الاتصال:

- أنماط الاتصال
- تشوه عملية الاتصال
- اتجاهات التواصل
- الاستماع الفعال

أثر الاختلافات على عملية التواصل:

- الاختلافات النوعية وأثرها على التواصل
- الاختلافات العمرية والحضارية وأثرها على التواصل
- الاختلافات في الثقافة التنظيمية

دور عملية التواصل في القيادة:

- الموظفون
- الإداريون
- زملاء العمل
- الطاقم الطبي
- الموظفون الآخرون بالمؤسسة
- المرضى وذووهم

التواصل التعاوني

تعزيز مهاراتك التواصلية

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

- العوامل التي تؤثر على عملية التواصل.
- كيف يمكن مقاطعة أو تشويش عملية التواصل.
- كيف تؤثر طبيعة الرسالة والعلاقات الشخصية على اختيار نوع التواصل المناسب.
- كيف تختلف إستراتيجيات التواصل مع اختلاف المواقف والأشخاص.
- كيف تحسن مهارات التواصل الخاصة بك.
- كيف ترسم خطة لتعزيز مهاراتك التواصلية.

الاتصال

هي عملية معقدة ومستمرة وديناميكية يخلق من خلالها الأفراد رسالة ذات معنى لتحقيق التفاعل فيما بينهم. وتهدف عملية الاتصال إلى الوصول لفهم مشترك للرسائل المرسلة والواردة. وأحيانًا يصعب الوصول لهذا الهدف لأن المتواصلين يتأثرون بالآتي: الظروف المحيطة، والموقف الذي يتم فيه إرسال الرسالة، وهدف كل فرد من عملية التواصل، وسلوكيات كل فرد، وموضوع الرسالة. ويجب على المشتركين بعملية التواصل أن يكونوا رسائل مفهومة، ويستمعوا جيدًا بعضهم لبعض، ويراقبوا رد فعل من يستمع، ويعلقوا على ما سمعوا.

أنماط الاتصال

يمكن للرسالة أن تكون شفهية (في حالة التحدث وجهًا لوجه، وفردًا لفرد أو داخل مجموعة. ويتم التواصل من خلال الهاتف أو البريد الصوتي) وقد تكون الرسالة مكتوبة سواء مكتوبة بخط اليد، أو منشورة على مواقع التواصل الاجتماعي، أو مكتوبة إلكترونياً. وترسل إما بالفاكس، أو البريد، أو البريد الإلكتروني. ويحدد الهدف من الرسالة نمط إرسالها، فكلما كانت الرسالة مهمة ويجب أن تصل بدقة، كان نمط التواصل حميمياً. مثلاً، إذا كان الغرض من الرسالة فصل شخصٍ ما من عمله يجب مقابلة هذا الشخص وجهًا لوجه لتوصيل هذه الرسالة الصعبة. ويجب التعامل مع الصراع بشكل شخصي ووجهاً لوجه، حتى يتم معرفة رد فعل الأشخاص، ومراقبة إشاراتهم غير الشفهية (ستتم مناقشتها لاحقًا) والرد عليها بطريقة مناسبة.

ويعتمد نمط الاتصال على مستوى الألفة بين الأشخاص، والعلاقات بينهم، والرسالة التي يجب تبليغها. وتتدرج أنماط التواصل حسب درجة الألفة بالترتيب التنازلي الآتي:

- شخصيًا.
- هاتفياً.
- بالبريد الصوتي.
- بالرسائل النصية.
- بالبريد الإلكتروني.
- بالبريد.
- بالنشر على مواقع التواصل الاجتماعي.

وتعد مواجهة الأشخاص وجهًا لوجه من أكثر أنماط الاتصال ألفة وحميمية، حيث يستطيع الأشخاص رؤية تعبيرات الوجه، وقراءة لغة الجسد، وسماع أصوات من يحدثونهم. والهاتف هو أقل حميمية من التواصل الشخصي، ولكن من خلال الهاتف تصبح الرسالة ذات اتجاهين، وذلك من خلال معرفة نبرة الصوت. والبريد الصوتي يأتي في المرتبة الثانية. وهو وسيلة لنقل المعلومات غير المهمة التي قد تحتاج أو لا تحتاج إلى رد، فيمكن التبليغ بموعد مكان الاجتماعات من خلال البريد الصوتي.

ويعد البريد الإلكتروني طريقة إبلاغ مماثلة للبريد الصوتي، غير أنّه يمكن نشرها بين عدد كبير من الأشخاص في نفس الوقت، كالتبليغ بموعد ومكان حملة التبرع بالدم. ومن فوائد البريد الإلكتروني أنه يمنحك الوقت للتفكير وكتابة الرسائل المعقدة. وتعد الكتابة النصية مماثلة للبريد الإلكتروني ولكنها تصلح لإبلاغ الرسائل القصيرة. وآخر درجة للتواصل هي النشر على مواقع التواصل الاجتماعي(Kaplan & Haenlein, 2010).

وتؤثر الرسميات كذلك على اختيار نمط الاتصال. مثلاً التقدم لشغر وظائف معينة يتطلب نمط التواصل المكتوب، سواء باستخدام خطاب، أو باستخدام البريد الإلكتروني. وتؤثر العلاقة بين المُرسِل والمُرسَل إليه على نمط التواصل. مثلاً إذا أراد مدير التمريض التوصية على جدارة زميله للحصول على مكافأة من الإدارة العليا، عليه أن يرسل رسالة مكتوبة بخط اليد، أو عن طريق البريد

الإلكتروني. أما المذكرات فهي وسيلة أقل رسمية من الخطابات والبريد الإلكتروني، ويمكن إرسالها عبر البريد الإلكتروني، أو الفاكس، أو البريد. أما النشر على شبكات التواصل الاجتماعي فيعد وسيلة غير رسمية وغير شخصية (Grossman & Rasa, 2010).

تشوه عملية الاتصال

تختلط الرسائل غير الشفهية، والتي يطلق عليها اسم عملية التواصل المتحولة (met Communications) مع الرسائل الشفهية. ويشمل هذا السلوك تعبيرات القبول أو الرفض التي تظهر على الوجه، وتواصل العينين، ونبرة الصوت، ولغة الجسد مثل حركات اليد والأكتاف والأذرع والأصابع، وقامة الشخص، والوقت والبيئة، والمظهر الشخصي.

ويعد أثر عملية التواصل المتحولة أقوى من أثر الكلام الشفهي. ويمكن أن تدمر معاني الكلمات الشفهية. وينتج الصراع الداخلي (Intrasender Conflict) عندما تتعارض الرسالة الشفهية مع غير الشفهية ويصبح من الصعب تفسير معنى ومضمون الرسالة الأصلي. مثلاً، عندما يقول المدير للممرض: "تعال وتحدث معي في أي وقت"، وفي أثناء قيامه ببعض الأعمال فإن الممرض قد يفهم أن المدير لا يريد التحدث معه. وينتج الصراع الداخلي كذلك عندما يستلم الفرد رسالتين متضاربتين من مصدرين مختلفين. مثلاً، يشجع مدير المخاطر الممرض للتبليغ عن أية أخطاء دوائية تحدث، ولكن مدير التمريض يقوم بعقاب ومتابعة الممرض الذي بلغ عن هذا الخطأ. ولهذا يصاب الممرض بالتشويش بسبب الرسالتين المتضاربتين اللتين حصل عليهما من مديرين مختلفين.

ومن أسباب تشوه عملية التواصل الآتي:

- استخدام كلمات تحمل معاني التأنيب .
- إعطاء أسباب غير مقنعة.
- التحدث ببطء شديد، أو التحدث بسرعة شديدة.
- استخدام كلمات غير مفهومة.
- إهدار الوقت على التفاصيل.

وقد تتشوه الرسالة بسبب المقاطعة في الحديث، أو بسبب انشغال مستقبل الرسالة، أو الحكم السابق على الرسالة بناءً على تجربة سيئة حدثت في الماضي مع المرسِل، أو التفسير المتحيز لمعنى الرسالة أو المرسل.

يقدم الصندوق (٩-١) مثالاً على تشوه عملية التواصل.

هناك عدد من مسببات سوء الفهم عند استخدام البريد الإلكتروني بوصفه إحدى وسائل الاتصال، حيث يوصل المرسِل أكثر من معنى من خلال كلماته المستخدمة منذ توجهه بالتحية (عزيزي، السيد....، أهلاً) حتى نهاية رسالته (مع خالص الشكر، سلام، مع أفضل التمنيات). أيضًا قد يتسبب إعادة الإرسال إلى الأشخاص غير المقصودين في حدوث عدم الفهم والصراع الداخلي. ويتشابه أسلوب استخدام الرسائل النصية في البريد الإلكتروني، حيث تتشابه مسببات سوء الفهم.

الصندوق (٩-١). أمثلة لتشوه عملية التواصل.

قد يطرأ التشوه على عملية التواصل في أثناء الإرسال أو الاستقبال أو الاستجابة للرسالة. ويقدم المثال نموذجًا للتواصل تم بين سمكري ومسؤول بأحد المكاتب الحكومية.

مكتب المعايير الصحية.

واشنطن.

إلى السيد/

أنا أعمل بمجال السمكرة منذ أكثر من ١١ عاماً، واستخدم حمض الهيدروليكي في تنظيف المصارف. هل يسبب استخدام هذا الحمض أية مشاكل صحية؟

مع خالص الشكر.

توم براو ن.

السيد توم براو ن

يورتاون، الولايات المتحدة الأمريكية.

عزيزي السيد براو ن/

لا يوجد شك في كفاءة استخدام حمض الهيدروليك، ولكن بقايا الكلور لا تتناسب في الاستخدام مع المعادن

مع خالص الشكر.

مكتب الصحة.

مكتب الصحة.

واشنطن

السيد/

لقد وصلني خطابك الأسبوع الماضي وأنا سعيد لاتفاقك في الرأي معي حول استخدام الهيدروليك

مع خالص الشكر.

توم براون .

السيد توم براو ن.

يورتاون، الولايات المتحدة الأمريكية.

عزيزي السيد براو ن

نود أن نؤكد على المعلومة التي أرسلناها إليك في الأسبوع الماضي، فلا يوجد خلاف على فاعلية حمض الهيدروليك، ولكن قد ينتج عن استخدامه بقايا سامة، ولهذا نود الاقتراح بأن تجد بديلاً عن حمض الهيدروليك.

مع خالص الشكر.

مكتب الصحة.

مكتب الصحة.

واشنطن

السيد/

لقد استلمت آخر خطاباتك، وأنا سعيد إنك متفق معى في الرأي.

مع خالص الشكر

توم براو ن

السيد توم براو ن

يورتاون، الولايات المتحدة الأمريكية

عزيزي السيد براو ن

من فضلك لا تستخدم حمض الهايدروكلورين، فهو سام.

مع خالص الشكر

ملحوظة: تزداد نسبة تشوه عملية التواصل عند اشتراك أكثر من فرد في هذه العملية

اتجاهات التواصل

يأخذ الاتصال الرسمي أو غير الرسمي الاتجاه التصاعدي، أو الجانبي، أو التنازلي، والمائل. ويتمثل الاتصال التنازلي في الأوامر والإرشادات التي يصدرها المدير لموظفيه. فيعرف الموظفون المهمات التي يجب أن ينجزوها، ويحصلوا على المعلومات التي تسهل عملهم. أما الاتصال التصاعدي فيحدث عندما يُصدَر الحديث من الموظفين إلى المديرين، أو من مستويات الإدارة الدنيا والمتوسطة إلى مستويات الإدارة العليا. ويتمثل الاتصال التصاعدي في حالة تقديم طاقم العمل معلومات عن مشكلة أو موضوع ما. وتسهل هذه المعلومات من عملية حل المشكلات واتخاذ القرارات. ويحدث الاتصال الجانبي بين الأقسام والأفراد ذوي المستوى الوظيفي الواحد (بين رؤساء الأقسام، أو بين مديري التمريض) الاتصال المائل يحدث بين الأفراد والأقسام ذوي المستويات الوظيفية المختلفة (مثل التواصل بين الممرض ورئيس الطاقم الطبي). ويساهم التواصل الجانبي والمائل في عملية نقل المعلومات والمناقشات والتفاوض.

وغالباً ما يتواجد نوع من أنواع التواصل غير الرسمي داخل المؤسسات، وهذا التواصل يأخذ شكل الشائعات (أو النميمة). غالباً ما تكون الشائعات سريعة الانتشار، وغير مؤسسة، وسهلة التعرض للتشوه، ولكنها قد تكون مفيدة. ومن مشاكل الشائعات ألا أحد بعينه يكون مسؤولاً عن سوء الفهم الذي قد يحدث بين الناس بسببها. ويجب معرفة أن المعلومات التي تجمع من الشائعات غالباً ما تكون غير صحيحة، لأن الرسالة تتغير عندما تنتقل من شخص إلى آخر.

الاستماع الفعال

أغلب الممرضين يعتقدون أنهم مستمعون جيدون. فالممرضون يكتسبون مهارات الملاحظة والاستماع الجيد منذ بداية حياتهم المهنية، حيث يستمعون إلى المرضى بشكل مستمر، ولكن الاستماع الجيد لا يتوقف فقط على سماع الكلمات أو مراقبة لغة الجسد (Sullivan, 2013). وغالباً ما يكون التواصل النظري مضللاً، فقد يدل على استماع الشخص للكلام، أو قد يدل على عدم الاستماع. ومن معوقات الاستماع الفعال الآتي: المعتقدات السابقة، وانعدام الثقة بالنفس، والوهن، والميل إلى الدفاع عن النفس، والعادات الشخصية (Donaldson, 2007).

المعتقدات السابقة

مع طول فترة العلاقة بين الأشخاص، يعتقد الفرد أنَه يعرف صديقه أو الشخص الآخر معرفة جيدة، ومن ثم فهو يعرف ما سيقوله وما سيعنيه، وهو ما يعطي حافزاً لعدم الاستماع. ويحدث ذلك سواء في العلاقات الشخصية أو العلاقات المهنية، كما ينطبق على المجموعات. أيضًا يكون هناك حكم مسبق بأنَ الفرد الآخر ليس لديه شيء جديد أو قيم .

انعدام الثقة بالنفس

قد يكون الاستماع إلى كلام الآخرين صعبًا عندما يكون الفرد متوتراً، أو ثقته بذاته منعدمة، فهم يفكرون دومًا فيما يجب أن يقال حتى يجذبوا انتباه من أمامهم، ولهذا يكون عقلهم منشغلاً بالتفكير بدلاً من أن يكون منشغلاً بالاستماع.

الوهن

يتطلب الاستماع طاقة، وقد لا يكون لدى الفرد طاقة لأن يستمع إلى أحد، فقد يكون الشخص متعبًا جدًا على أن يستمع لكلام أحد آخر. وتقل القدرة على الاستماع بسبب الكلام الكثير، وتحدث الكثير من الأفراد في نفس الوقت، والقلق، والتعب، وكثرة التفكير.

الميل إلى السلوك الدفاعي

غالباً لا يرغب الأفراد في سماع الأخبار السيئة، ويعد ذلك أحد أنواع السلوك الدفاعي لدى الأفراد، حيث يعتقد المرء أنه إذا لم يستمع إلى الأخبار السيئة فإنه لن يتعامل معها، ولكن الصواب أن يستمع المرء ويجمع المعلومات عن الخبر السيئ، حتى يستطيع حل المشكلة والتعامل معها.

العادات الشخصية

يطور الأشخاص عادة التفكير في أمور أخرى في أثناء المحادثات. ودائمًا ما يحتاج الفرد للتفكير، ولكنه يكون مشوشاً إذا حدث في الأوقات التي يتوجب على الفرد أن يستمع فيها. وغالباً ما يكون التخلص من تلك العادة أمرًا صعبًا، غير أنَه يجب أن تذكر نفسك بأنه يجب الاستماع إلى المتحدث.

أثر الاختلافات على عملية التواصل

الاختلافات النوعية وأثرها على التواصل

يتواصل الرجال والنساء بطرق مختلفة (Feldhahn, 2001; Tannen, 2009 ;). فهم يتواصلون بالطرق التي تعكس اختلافات أدوارهم الحياتية، فيميل الرجال إلى التحدث الكثير والسريع ولمدد أطول، بينما تميل النساء إلى الانتباه والتوضيح والإدراك في أثناء عملية الكلام. وتميل النساء إلى استخدام السؤال التأكيدي مثل: "يمكن أن أتغيب هذا الأسبوع، أليس كذلك؟" كما يملن إلى البوح بمشاعرهن، وكذلك إلى طرح الكثير من الأسئلة عن الرجال. ويوضح الجدول (٩-١) الاختلاف بين طرق تواصل الرجال والنساء.

الجدول (٩-١). الاختلافات بين طرق تواصل الرجال والنساء.

طريقة تواصل الرجال	طريقة تواصل النساء
• المقاطعة في أثناء الحديث.	•الانتظار حتى يوجه الحديث إليها.
• التحدث أكثر وأسرع وبصوت أعلى.	•استخدام أسلوب تعبيري (مثل المقدمات والتأكيدات).
• عدم الموافقة على كل ما يقال.	•طرح الأسئلة.
• التركيز على الموضوع أكثر من الشخص.	•التحدث عن التجارب الشخصية.
• التباهي في أثناء الحديث.	•الانسحاب من الصراعات والخلافات.
• المزاح في أثناء الحديث .	•تفضيل التوافق وإجماع الرأي.

From Sullivan، E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses. (2nd ed.). Upper Saddle River، NJ:Prentice Hall، p. 57. Reprinted by permission

وقد اقترح Helgesen & Johnson, (2010) عدداً من الطرق التي قد تتبعها النساء لتحسين تواصلهن بالعمل. لا يجب أن يصيح أو يعلو صوت الرجال والنساء في أثناء الحديث مهما كان الأمر مستفزاً، كما لا يجب أن يمتنع الرجال والنساء عن قول التفاصيل أو الافتراض بأن كلامهم مفهوم. ويجب طرح الأسئلة بشكل دائم، ولكن لا يجب التحدث في أثناء المشي (Donaldson, 2007).

يجب استخدام لغة حيادية في أثناء التواصل، حتى تنخفض فجوة الاختلاف بين طرق تواصل الرجال والنساء. ويستطيع أن يحسن الرجال والنساء من طريقة تواصلهم باتباع التوصيات المذكورة في الجدول (٩-٢).

الجدول (٩-٢). كيفية استخدام لغة حيادية.

ما يجب أن يقوم به الرجال	ما يجب أن تقوم به النساء
• الاستماع إلى الاقتراحات والاعتراضات. • فضل تحمل المسؤولية عن عملية الاستماع. • ابتعد عن الحكم السابق. • فسر أسبابك. • لا تصح.	• صوغي جملك ورسائلك بشكل واضح وصريح. • حلي المشكلات بدون تشخيص. • قولي ما تريدين قوله بدون تلميح. • ابتعدي عن الكلمات التي تدل على عدم التأكد مثل: "تقريباً"، والكلمات غير المهمة مثل "حقًا؟" • لا تبكي.

From Sullivan، E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses. (2nd ed.). Upper Saddle River، NJ:Prentice Hall، p. 58. Reprinted by permission

الاختلافات العمرية والحضارية وأثرها على التواصل

تؤثر الاختلافات العمرية (راجع الفصل الأول) على نوعية ونمط عملية التواصل. ويميل الجيل الأكبر سنًا (الجيل المحافظ، الجيل X) إلى عملية التواصل المبنية على الرسميات، فيتبعون سلسلة السلطة بدون مناقشات، أما الجيل الأصغر سنًا (الجيل الحديث، الجيل Y) فيميل إلى المناقشات، وتكوين فرق لحل المشكلات، واتخاذ القرارات. أما الجيل الأكبر سنًا فيرى أن المسؤول هو من يتخذ القرارات، ولا توجد حاجة لمناقشة تلك القرارات. والجيل Y يفضل الرد السريع على رسائلهم، فيفضلون البريد الإلكتروني، أو البريد الصوتي في عملية التواصل. ويساعد احترام وتفهم الاختلافات بين الجيلين على تقليل الخلافات التي قد تنشأ بينهما، وهو ما يزيد من إرضاء طاقم العمل والمديرين. (Hahn, 2009).

وتؤثر السلوكيات والأخلاقيات والمعتقدات الحضارية على عملية التواصل (Robertson Malt, 2010, Herrin-Griffith,& Davies). وتحدد الاختلافات الحضارية لغة الجسد وطريقة الكلام، والإيماءات. وينتج العديد من التشوهات خلال عملية التواصل بسبب عدم فهم الاختلافات الحضارية. مثلاً يهدر الآسيويون كثيرًا من الوقت للاهتمام بتفاصيل التعامل مع المشرفين حتى لا يحدث نزاع معهم.

ويجب فهم خلفية الموظفين الثقافية، وتعلم كيفية تفسير الرسائل الحضارية، من أجل تحسين عملية الاتصال بين طاقم العمل المتنوع ثقافياً. وينصح بأخذ دورات في كيفية التعامل مع الاختلافات الثقافية، كما يتطلب الأمر قراءة في التاريخ والأدب للتعرف على الثقافات المختلفة، كما يجب الحرص على

المشاركة في النقاشات المنفتحة والصادقة والمحترمة، والتعرف على معاني الكلمات المختلفة لكل ثقافة على حدة. ويجب فهم أن كل حضارة بداخلها مجموعة متنوعة من الثقافات، وعليه فإن ما يمكن تطبيقه على عملية التواصل مع شخص ما، قد لا ينطبق على شخصٍ آخر ذي ثقافة مختلفة.

الاختلافات في الثقافة التنظيمية

كما تم مناقشته في الفصل الثاني، فإن القواعد والتوقعات المتواجدة بداخل المؤسسة تؤثر على سلوك الأفراد العاملين بها. ويمكن إرجاع فشل عملية التواصل بداخل المؤسسة إلى سلوكيات الأفراد العاملين بها. ويعد التواصل الضعيف بين العاملين بالمؤسسة أحد أسباب عدم الرضا الوظيفي، كما تؤثر عملية الاتصال على فاعلية عمل المؤسسة. ومثلما تؤثر مخالفة قواعد المؤسسة على فاعلية عملها، تؤثر أيضًا مخالفة قواعد عملية التواصل على المؤسسة.

اسأل نفسك الأسئلة التالية لتعرف إلى أي مدى تؤثر قواعد المؤسسة على عملية التواصل:

- من يمكنه الوصول إلى المعلومات؟ وما طبيعة هذه المعلومات؟ وهل تحجب المعلومات أم يتم مشاركتها؟
- ما وسائل الاتصال المستخدمة بالمؤسسة؟ وهل تستخدم هذه الوسائل بطريقة مناسبة؟
- هل الرسائل تصل بوضوح أم تصل مشوهة؟
- هل يحصل الجميع على نفس المعلومات؟
- هل تحصل على معلومات كاملة أم معلومات ناقصة؟
- هل تؤدي الرسائل دورها بفاعلية؟

دور عملية التواصل في القيادة

بالرغم من أن المدير يستخدم مهارات الاتصالات كثيرًا، إلا أن مدى نجاحه في ممارسة هذه المهارات سيحدد قدرته على أن يكون قائدًا ناجحاً. والقائد المثقف هو الذي يشترك في النقاشات المنفتحة الصادقة والثنائية الاتجاه ويستخدم لغة جسده في تعزيز تواصله الشفهي. وتنجح عملية التواصل عندما يستمع المدير باهتمام للنقاشات. ويعد المؤثر الرئيس في نجاح عملية التواصل هو نوع العلاقة بين المدير وموظفيه.

ويمتلك القادة الناجحون مهارة إقناع الآخرين. وتعد شخصية القائد هي المؤثر الرئيس والفعال على مهارته في الإقناع، فيستخدم المدير الصفات الحميدة (مثل: الكفاءة، والتحكم في المشاعر، والحزم، والاحترام) لتعزيز مصداقيته ومهارته في الإقناع. ويعتبر القائد مستمعاً جيداً عندما يشترك في النقاشات المنفتحة والصادقة والمثقفة.

الموظفون

يتحمل أغلب مديري التمريض (حسب لائحة المؤسسة) مسؤولية اختيار، واختبار، وتقييم، وإرشاد، وتأديب الموظفين، كما يتعامل مدير التمريض مع شكاوى الموظفين ويحل الصراعات التي قد تنشأ بينهم. وتتطلب هذه المسؤوليات اكتساب مهارات التواصل، فالتواصل الجيد هو الأساس الذي يُبنى عليه العمل الجماعي.

إعطاء الأوامر لا يعد نوعاً من أنواع التواصل. ولكن عندما يستقبل المدير رد فعل الموظفين حول هذه الأوامر يحدث التواصل معهم، ولهذا يجب بناء إستراتيجية للتواصل من أجل التأكد من تحقق النتائج المرغوبة من الأوامر التي تم إصدارها. ويمكن استخدام التقنيات التالية لتحقيق الاستجابة الفعالة للأوامر التي تم إصدارها:

• ادرس التعليمات جيداً قبل إصدارها: حدد النتائج التي تريد تحقيقها، ومن الشخص الذي سيحقق النتائج التي ترغب فيها؟ وما الوقت المطلوب لتحقيق تلك النتائج؟ وما هي الخطوات التي يجب تتبعها للوصول إلى النتائج؟ حدد ما المعلومات التي يجب أن يمتلكها الفرد قبل تنفيذ التعليمات؟ وما نتائج هذه التعليمات، وكيف سيتم تقييم النتائج؟ عندما تجيب عن تلك الأسئلة بدقة، يمكنك عندئذ إصدار التعليمات.

• اجذب الانتباه: تجنب العوامل المؤثرة سلبياً على عملية الاستماع. يجب أن تُعلِم الأفراد بأنك ستصدر عدداً من التعليمات الجديدة، فذلك سيجذب انتباههم في بداية عملية التواصل. أيضًا، يمكن جذب الانتباه عن طريق تعريف خلفية هذه التعليمات، وتبرير أسباب اتخاذ هذه التعليمات، وتوضيح أهمية هذه التعليمات.

• كن واضحًا وموجزًا في كلامك: لا تتبع سلوكاً دفاعياً أو هجومياً في أثناء الكلام،' وابق نبرة صوتك معتدلة. كن دقيقًا وأعلم الموظفين بكل المعلومات التي تحتاجونها لتنفيذ التعليمات. اشرح خطوة بخطوة إذا كانت التعليمات معقدة وتحتاج إلى كثير من الأعمال.

• تأكد من فهم المستمعين: تأكد من فهم الموظفين للتعليمات التي تم شرحها وكيفية تنفيذها. اطلب منهم إعادة ما سمعوه إذا تطلب الأمر.

• تواصل مجددًا مع الموظفين: تابع كيفية تنفيذ التعليمات، وأكد على تلك التعليمات واشرحها مجدداً إذا تطلب الأمر، ورحب بأسئلة الموظفين.

غالباً ما يكون مدير التمريض مسؤولاً عن جودة مناخ العمل الذي يعمل به الموظفون، وعن جودة خدمات الرعاية المقدمة من الوحدة. ولتنفيذ تلك المهمة يجب التعرف على احتياجات الموظفين، والتعامل مع الاحتياجات الفردية التي تتعارض مع احتياجات الوحدة، فتحدث مع أصحاب تلك الاحتياجات الفردية، واشرح المنطق من اتخاذ قرارات ما بدقة ووضوح.

الإداريون

تتشابه طريقة تعامل المدير مع مستويات الإدارة العليا، ومع طريقة تعامله مع الموظفين، ولكن الفرق يكمن في أن المدير هذه المرة هو التابع للإدارة العليا. وتتحمل الإدارة العليا نتائج القرارات المتخذة على مستوى المؤسسة كلها، مثل القرارات المؤثرة على الخدمات التمريضية على مستوى المؤسسة كلها. ويجب أن يتبع المدير عدداً من القواعد لتحقيق تواصل ناجح بينه وبين الإدارة العليا، كما يجب أن يكون المديرون منظمين ومستعدين جيداً لتوضيح احتياجاتهم بدقة، وتوضيح سبب هذه الاحتياجات، وشرح الفوائد العائدة على المؤسسة في مقابل تلك الاحتياجات، واستخدام القنوات المناسبة لتوصيل هذه الاحتياجات للإدارة. استمع بموضوعية لرأي الإدارة حول هذه الاحتياجات، وكن مستعدًا للتعارض الذي قد ينتج عن هذه الاحتياجات مع الاحتياجات الأخرى لبقية الأقسام.

ويجب التعامل بفاعلية مع الإداريين، لأنهم يزيدون من فرص النجاح الوظيفي سواء خارج أو داخل المؤسسة. ويجب أن يكتسب الممرضون مهارات التعامل والتواصل مع المستويات الإدارية العليا. أيضًا، يجب أولاً معرفة أن الطرفين (الممرض أو المدير والإدارة العليا) يجب أن يتشاركوا في

العلاقة وعملية التواصل حتى تكون ناجحة. فينجح التواصل مع الإدارة العليا عندما تتحرك السلطة والتأثير في الاتجاهين. ويوضح الصندوق (٩-٢) قواعد التعامل مع الإدارة العليا.

يجب معرفة توجه الإدارة العليا أولاً قبل التعامل معهم، فمعرفة التوجه سوف تسهل من عملية اختيار الأفكار والمقترحات التي ستقبل الإدارة العليا بها. ويجب تفهّم حجم المسؤولية التي تتحملها الإدارة، ومدى الضغط الواقع عليهم قبل عملية التواصل. تعرف شخصياً مع أعضاء الإدارة العليا على ماهية الضغوط التي يواجهها المشرف سواء على المستوى الشخصي أو المهني؟ وكيف يتعامل المشرف مع الضغط؟ وما الخبرات التي يجب الحصول عليها للتأثير على مشكلات المؤسسة ؟ هذا التقييم سيمكنك من التعرف على كيفية مساعدة أعضاء الإدارة وهو مَا يجعلهم راغبين في مساعدتك.

التأثير على المشرفين

يجب أن يتقرب المرضون من مشرفيهم لزيادة قدرتهم على التأثير في عمل المؤسسة. ولتتمكن من دعم مشرفك (في عمليات شراء المعدات أو في تغيير طاقم العمل، أو في وضع سياسات جديدة) يجب أن تمتلك مهارات تواصل جيدة. حدد منطقك واختيارك لطريقة شرح أفكارك لتتمكن من الاقتراب ودعم المشرفين. يجب اختيار الوقت المناسب الذي يكون فيه المشرف متفرغًا ومستعدًا لمقابلتك وسماعك. ويجب تحديد أثر أفكارك على المؤسسة.

هل من الأفضل عرض الأفكار بطريقة شفهية أم طريقة كتابية؟ يمكن استخدام كلتا الطريقتين في بعض الأوقات. وبعد طرح أفكارك على المشرف، عليك التأكيد عليه مره أخرى باستخدام البريد الإلكتروني، فتذكره بتفاصيل الفكرة وكيفية تنفيذها كما تم الاتفاق عليه من قبل. ويمكن أن تسير العملية السابقة بالعكس، فقد ترسل بريداً إلكترونياً أولاً قبل الاجتماع مع المشرف حتى يكون كل منكما على علم ومعرفة بالفكرة قبل أن تتناقشوا مباشرةً فيها.

ماذا ستفعل إن رفض المشرف فكرتك بالرغم من إعدادك الجيد لها؟ أولاً، يجب فهم أسباب الرفض. يمكنك الاستفسار باستخدام الجمل المنفية مثل جملة: "لست أفهم الأسباب". لا تقاطع أو تهاجم أو تأخذ سلوكاً دفاعياً أو انهزامياً، أبق أسلوبك دبلوماسياً. يمكنك استخدام أسلوب التغطية (Fogging) من خلال الموافقة على بعض الأجزاء التي قالها المشرف، أو أسلوب التأكيد، أو أسلوب تقبل الانتقادات، من أجل إزالة الحرج في مثل هذه المواقف.

الخطوة التالية هي المواجهة. عليك إبقاء صوتك منخفضًا، واستخدم صيغة الأنا، وتجنب استخدام الصيغة المطلقة في الحديث، وطرح أسئلة تبدأ بلماذا، وجمل التهديد والوعيد، وجمل التحريض. وفي النهاية، إذا شعرت بأنك خسرت ولا تستطيع متابعة المناقشة، قل بأنك ستكمل الحديث في هذه المسألة في وقت لاحق، ثم ادرس أسباب رفض المديرين وقيمها.

ثم اسأل نفسك "ما المعلومات الجديدة التي حصلت عليها من المشرف؟ وكيف يمكن إعادة التفاوض ومناقشة الفكرة؟ وما الذي يجب تعديله لتجنب الرفض مرة أخرى؟ بمجرد الإجابة عن هذه الأسئلة اجتمع مرة أخرى مع المشرف لمناقشة التعديلات التي قمت بها. هذا التصرف سيظهر أن فكرتك مهمة، وقد تؤثر التعديلات على المشرف فيقوم بإعادة تقييمه للأمر.

غالباً ما يستطيع المديرون التأثير على مشرفيهم من خلال المثابرة والتكرار، واستخدام الوثائق والبيانات في إيضاح الأفكار والمقترحات. إذا كانت الفكرة مهمة بدرجة عالية عليك أن تطورها وتعرضها على المستويات العليا للإدارة. وأخبر مشرفك بأنك تريد عرض الفكرة على المستويات العليا للإدارة. كن منفتحًا في الحديث، واستمع وتقبل الانتقادات، واقترح كيف يمكن مواجهة هذه الانتقادات. كن مستعدًا للتفاوض والقيام ببعض التنازلات، فإن تطبيق جزء من الفكرة أفضل من رفضها كلياً.

الصندوق (٩-٢). قواعد التعامل مع المديرين.

- الإشادة الإيجابية بالقرارات والأعمال الجيدة التي يتخذها المشرف.
- لا تفاجئ مشرفك بالمشكلات، وحاول أن تبقيه على اطلاع كامل بكيفية سير الأمور.
- قل الحقيقة دائمًا.
- حاول ملء مواطن ضعف مشرفك، وتطوع للقيام بالمهام التي يكره المشرف القيام بها.
- كن أنت المروج لأعمالك، لا تتفاخر ولكن أبق مشرفك مطلعًا على إنجازاتك.
- أبق مطلعًا على إنجازات مشرفك واعترف بها.
- إذا طلب المشرف منك القيام بمهمة ما، نفذها بكفاءة، وقبل انتهاء الموعد النهائي لإنجازها. ويمكنك أن تضيف بعضاً من مقترحاتك على هذه المهمة.
- كن على علاقة جيدة بمساعد المشرف.

كيفية إبلاغ المشرف بالمشكلات

لا أحد يحب سماع المشكلات، وكذلك المشرف فهو لا يحب أن يسمعها. واعلم أن من مهام المدير أن يحل مشاكل العمل. اجتمع مع المشرف لتناقشه في المشكلة وطرق حلها. حضر عدداً من الأفكار لحل المشكلة ولكن لا تتمسك بهذه المقترحات، بحيث ترفض الاستماع إلى المشرف. كن منفتحاً، واستخدم الخطوات التالية لإبلاغ المشرف بالمشكلات:

- اختر الوقت المناسب لمناقشة هذه المشكلات، وحدد موعداً لمقابلة المشرف.
- اشرح المشكلة بإيجاز، ووضح أسباب ظهورها ومعارضتها للعمل.
- استمع لرأي المشرف، واعرض مزيدًا من المعلومات في حالة الاحتياج لذلك.
- إذا وافقت على حل ما، أعرب عن رغبتك في تنفيذ جزء منه. إذا لم يتم الوصول لحل، حدد موعداً آخر للحديث عن المشكلة واجمع مزيدًا من المعلومات.
- حدد موعداً لمواكبة التطورات.

إذا فشلت في التعامل مع المشرف

أحيانًا، مهما فعلت يصعب التعامل مع المشرف، إن لم يكن ذلك مستحيلاً. قد يخلق المشرفون مناخًا سلبيا للعمل، مسببين عدم إرضاء وغضب وإحباط للموظفين. وهو ما يؤدي إلى ارتفاع نسبة الغياب والاستقالة من العمل. ومن مهام المدير أن يدعم مشرفه، ولكن في حالة عدم القدرة على التعامل مطلقًا مع المشرف، وهو ما يزيد من عدم رضاك عن عملك، فإن الحل الوحيد هو الانتقال إلى مكان آخر.

زملاء العمل

التفاعل بين زملاء العمل أمر ضروري ومحتم. وتتدرج العلاقات بين العلاقات المريحة والعلاقات المعقدة والمستحيلة. غالباً ما يتشارك زملاء العمل نفس المخاوف ومسائل العمل. ويمكن أن تنشأ علاقة صداقة قوية بين زملاء العمل، فيتشاركون الأفكار الخلاقة، وطرق حل المشكلات. ويقدم كل فرد الدعم والقوة للفرد الآخر.

وعلى العكس، قد يحدث تنافس وتصارع بين زملاء العمل (مثل: الخلافات الشخصية، واختلافات الرأي، والصراع على النفوذ). ويتأثر الصراع بين الزملاء بالتاريخ المشترك بينهم، وبأخلاقيات المؤسسة، والاختلافات الثقافية أو العمرية، ولكن حتى مع هذا الخلاف يجب أن يتفاعل الزملاء ويعملوا بشكل مهني (للمزيد من المعلومات انظر الفصل ١٢).

الطاقم الطبي

قد يصبح التواصل بين مدير التمريض والطاقم الطبي صعبًا في بعض الأوقات، لأن العلاقة بين الأطباء والممرضين تكون في شكل واحد هو : الرئيس، والمرؤوس (Kripalani *et al*.2007). ويسود الخلاف في العلاقات بين الأطباء والممرضين. وبالرغم من أن الأطباء ليسوا موظفين بالمؤسسة إلا أنهم هم المؤثر الرئيس الذي يجذب المرضى للقدوم للمستشفى، أيضًا تندرج تحت الطاقم الطبي أنواع متنوعة من الأطباء، فمنهم الموظفون، والأطباء المقيمون، وأطباء الامتياز، والأطباء المستشارون.

تم تصميم برنامج ليساعد الأطباء على تحسين مهارات تواصلهم. وهذا البرنامج يسمى "LegacyMd" (لمزيد من المعلومات انظر http://legacymd.com). ويستخدم المشتركون بهذا البرنامج تقنيات ارتجالية للتفاعل فيما بينهم من خلال مواقف مصممة تتشابه مع التفاعل الذي يتم بداخل المؤسسة. ويعيد المشتركون تمثيل هذه المواقف لتعزيز مهاراتهم.

(انظر الجزء الآتي عن التواصل التعاوني للتعرف على طريقة فعالة للتواصل مع الأطباء)

الموظفون الآخرون بالمؤسسة

يتطلب عمل الممرضين التنسيق بين عدد من الموظفين المختلفين، وأصحاب الدرجات الوظيفية المختلفة من أجل أداء مهام معينة. قد يتلقى المريض خدمات الرعاية من الممرض المسجل، أو من المساعدين، أو معالج الجهاز التنفسي، أو طبيب العلاج الطبيعي، أو اختصاصي التغذية وغيرهم. وقد يشرف مدير التمريض على كل هؤلاء الموظفين، ولهذا يحتاج مدير التمريض إلى مهارات تواصل فعالة ليستطيع التعامل مع الموظفين المختلفين، ويتعرف على نقاط التشابه والاختلاف التي تميز مهامهم.

المرضى وذووهم

يتدخل مدير التمريض لحل عدد من المشكلات الصعبة. مثلاً، فهو يتعامل مع المرضى وذويهم عند تقديمهم للشكوى بشأن خدمات الرعاية التي يتلقونها (تقديم شكوى ضد طاقم العمل، أو تقديم شكوى بانتهاك السياسات الصحية). وعليك اتباع المبادئ الآتية عند التعامل مع شكاوى المرضى وذويهم:

• المرضى وذووهم هم العملاء الرئيسون للمؤسسة :عامل المرضى وعائلاتهم باحترام، واجعل تواصلك معهم منفتحًا وصادقًا. فالعملاء غير الراضين سيرفضون العودة مرة أخرى إلى المستشفى وسيخبرون باقي عائلاتهم وأصدقاءهم عن التجربة السلبية التي مروا بها في هذا المكان. ويجب التعامل مع شكاوى المرضى بسرعة وحزم. وتتجنب المستشفى القضايا التي كان من الممكن أن يرفعها المرضى، وذلك عندما يشعرون بأن أحدًا ما يهتم ويستمع لشكواهم. (انظر الفصل السادس).

• استخدم مصطلحات واضحة، فكثير من الأفراد يجهلون المصطلحات الطبية: استخدم الألفاظ التي يستطيع الفرد العادي فهمها. ولكن احذر من أن تخيف المرضى على صحتهم، أو أن تقلل من الخطر الذي قد يتعرضون له. ويجب مساعدة الفرد العادي على امتلاك مستوى معين من الفهم، ليعرف وضع حالته المرضية والإشارات الحيوية.

• حافظ على الخصوصيات، وكن في موقع محايد عند التعامل مع الحالات الصعبة.

• حاول إيجاد مترجمين في حالة عدم تحدث المرضى أو ذويهم اللغة العامة للبلاد: يجب أن تحدد عددًا من الأشخاص القادرين على التواصل بلغات مختلفة. أيضًا يجب أن تتعرف على الأشخاص القادرين على التواصل بلغة الإشارات وبطريقة برايل للتواصل مع الفئات المختلفة للمرضى.

• اختر طريقة التواصل التي تتناسب مع الاختلافات الثقافية للمرضى وعائلاتهم: كثيرٌ من الأفراد يرفضون طرح الأسئلة خوفًا من التفرقة العنصرية، أو اتخاذ مواقف متعالية ضدهم (Huber, 2009). والبعض يفضلون التعامل مع أفراد أو مفسرين من نفس الخلفية الحضارية التي يأتون منها، والبعض الآخر لا يفضل ذلك. ومن المفضل تدريب الموظفين على التعامل مع الخلفيات الثقافية المختلفة، وتعليمهم كيف يحترمون أصحاب الحضارات الأخرى (Raingruber *et al.*, 2010).

التواصل التعاوني

أكدت دراسة لـ "Vitalsmarts™" على أهمية التعاون في تحقيق سلامة المريض (Maxfield *et al, 2005*). وحدد الباحثون سبع حالات لا يستطيع طاقم العمل أن يبوح بها، وهي: رؤية الزملاء يرتكبون الأخطاء، والعمل غير الكفء، والتقليل من احترام الآخرين، وانتهاك القواعد، وعدم دعم الزملاء، وفشل العمل الجماعي، والإدارة غير الفعالة.

وقد حدد بروب (٢٠١٠) طريقتين لتحقيق التعاون بين الأطباء وأعضاء فريق الرعاية الصحية الآخرين، وهما: التأكيد على تنفيذ القرارات المتعلقة بالجودة، والتأكيد على أهمية روح التعاون بالفريق (انظر الصندوق ٩-٣). ويجب تصميم نموذج للتعاون يستطيع من خلاله الأطباء والممرضون بناء أسس المصداقية والتعاون بينهما، وتعزيز كفاءة بيئة العمل التي يعملون بها.

لقد أكدت دراسة أخرى على أهمية التواصل وتفهم أدوار الآخرين في تحقيق التعاون بين فرق العمل (Suter *et al*., 2009)، فتقدير الأدوار التي يمارسها الجميع يحسن من عملية الاتصال، وهو ما ينعكس إيجابياً على جودة الخدمات الصحية . ويؤكد الباحثون على ضرورة الاهتمام بتعليم مهارات الاتصال، والتأكيد على أهمية تقدير أدوار الآخرين من أجل تحسين خدمات الرعاية الصحية.

الصندوق (٩-٣). تحسين عملية التواصل.

- حدد علاقتك مع الشخص الآخر.
- حدد الرسالة التي تريد توصيلها، وعرف أهدافك، وفكر في كيفية التعامل مع ردود الفعل على الرسالة.
- حدد محتوى الرسالة، والإطار الذي سيتم فيهما توصيل تلك الرسالة.
- تأكد من أن التوقيت مناسب.
- أرسل رسالتك.
- انتبه لردود الفعل الشفهية، أو الكتابية.
- رد بطريقة مهذبة.
- تأكد من فهم الطرفين للرسالة.
- قيم عملية التواصل.

ولتعزيز روح التعاون بين الأطباء والممرضين اتبع المبادئ التالية:

- احترم الأطباء، وتحقق من احترامهم لك.
- أكد على مشاركتك أنت والأطباء في نظام الرعاية الصحية الذي تعملون به.
- عزز كفاءة طاقم العمل، وتأكد من حيازتهم للمهارات الإكلينيكية اللازمة التي تتناسب مع معايير الرعاية الصحية.
- استمع واستجب لشكاوى الأطباء بنفس الطريقة التي تستمع فيها لشكاوى المرضى. اخلق نظاماً لحل المشكلات. وتوقف عن لوم الأطباء على فشل عملية التواصل.
- زد من احتكاك طاقم العمل بالأطباء، وتأكد من حضورهم الاجتماعات المشتركة. وتذكر أن الاحتكاك المحدود يؤدي إلى فشل عملية التواصل.
- كون لجنة مكونة من الأطباء والمرضين للتأكد من تحقيق روح التعاون بين الفئتين، على أن تقوم هذه اللجنة بتحديد المشكلات، وإيجاد الحلول المرضية. وأكد على المساواة بين الفئتين، وأهمية التركيز على تحسين خدمات الرعاية. وابدأ العمل مع الأطباء ذوي المواقف الإيجابية في التعامل.
- كن نموذجًا في التواصل بين الأطباء والممرضين.
- ادعم طاقم العمل في التعاون مع الأطباء من خلال أفعالك وأقوالك.

كيف ستتجاوب إذا لم يستجب الطرف الآخر لمحاولات التعاون، وحاول استخدام السلطة والتهديد؟ حيث تعد الثقة بالنفس والإحساس بالقوة الذاتية من أهم الطرق التي تستطيع بها مواجهة التهديدات. هناك أربع وسائل للتأكيد على قوتك وهي :

- باستخدام الكلمات:
  ١. كرر استخدام اسم الطرف الآخر باستمرار.
  ٢. استخدم الجمل القوية.
  ٣. تجنب الجمل التي تقلل من قدرك مثل: "أنا آسف، ولكن...؟"
  ٤. تجنب الصياغة السيئة مثل: "القول أسهل من الفعل".
  ٥. لا تقل كلمات مثل: "آه، أم".
- في أثناء الحديث:
  ١. كن متحمسًا.
  ٢. كن واضحًا وقويًا.

٣. قل كل نقطة على حدة.

٤. لا تهتم بالمقاطعات.

- في الاستماع:

١. انتبه للكلام والحقائق.

٢. انتبه لما لا يقال مباشرة (مثل لغة الجسد، والرسائل المختلطة، والرسائل المختبئة).

- استخدم لغة جسدك

١. اجلس بجوار خصمك، وانظر للشخص الذي تتحدث معه بزاوية ٣٠ درجة.

٢. انحنِ للأمام.

٣. احصل على مساحة للحديث.

٤. استخدم التلميحات.

٥. ابتسم عندما تكون سعيدًا، ولا تبتسم لإسعاد الآخرين.

٦. حافظ على التواصل البصري، ولكن لا تحملق.

انظر لدراسة الحالة (٩-١)، والتي توضح كيفية تعامل الممرض مع الطبيب. ولمزيد من المعلومات عن مواجهة التهديدات انظر الفصل الثاني عشر، والحادي والعشرين، والثاني والعشرين.

دراسة الحالة (٩-١). التواصل.

تعمل جوسي راندولف كمدير تمريض بإحدى وحدات التجهيز قبل العمليات، وتتحمل مسؤولية الاختبارات المعملية قبل إجراء العمليات وتعقيم الغرف الجراحية، والإشراف على ١٨ غرفة عمليات جراحية. وتستقبل غرف العمليات كافة أنواع الجراحات.

الدكتور جوناس ويلبورن جراح تجميل ولكنه مشهور بسلوكه العدواني، ومن المقرر أن يجري جوناس عدداً من العمليات الجراحية. وبينما كان جوناس يجري عمليته الأولى، وصلت إلى المستشفى حالة مرضية تتطلب التدخل الجراحي، فقامت سوزان ريتشاردسون (وهي الممرضة المسؤولة) بتغيير مكان إجراء العملية الثانية للدكتور جوناس بغرفة رقم ٣، وذلك للسماح بإجراء عملية للحالة القادمة حديثاً. وبمجرد معرفة جوناس بذلك التغيير صب جام غضبه على طاقم التمريض، وبدأ في الصراخ بوجه سوزان. وتصاعدت حدة الأمور لدرجة قيام جوناس بإلقاء الأوراق على الأرض. وطلبت إحدى الممرضات من جوسي الحضور فورًا إلى موقع الأحداث.

تعمل جوسي راندولف كمدير تمريض بإحدى وحدات التجهيز قبل العمليات، وتتحمل مسؤولية الاختبارات المعملية قبل إجراء العمليات وتعقيم الغرف الجراحية، والإشراف على ١٨ غرفة عمليات جراحية. وتستقبل غرف العمليات كافة أنواع الجراحات.

الدكتور جوناس ويلبورن جراح تجميل ولكنه مشهور بسلوكه العدواني، ومن المقرر أن يجري جوناس عدداً من العمليات الجراحية. وبينما كان جوناس يجري عمليته الأولى، وصلت إلى المستشفى حالة مرضية تتطلب التدخل الجراحي، فقامت سوزان ريتشاردسون (وهي الممرضة المسؤولة) بتغيير مكان إجراء العملية الثانية للدكتور جوناس بغرفة رقم ٣، وذلك للسماح بإجراء عملية للحالة القادمة حديثاً. وبمجرد معرفة جوناس بذلك التغيير صب جام غضبه على طاقم التمريض، وبدأ في الصراخ بوجه سوزان. وتصاعدت حدة الأمور لدرجة قيام جوناس بإلقاء الأوراق على الأرض. وطلبت إحدى الممرضات من جوسي الحضور فورًا إلى موقع الأحداث.

استمرت سوزان وجوناس في الصراخ أمام مجموعة من المرضى. فرقت جوسي بين جوناس وسوزان وطلبت منهما بحزم خفض أصواتهما. وطلبت جوسي من سوزان أن تنتظر خارجًا، بينما تتحدث هي مع جوناس. وطلبت جوسي من جوناس أن يقابلها في مكتبها حتى يناقشا المشكلة بهدوء، وبالرغم من أن جوناس مازال غاضبًا ألا انه وافق على هذا العرض.

وبعد أن استمعت جوسي لجوناس تقدمت له بالاعتذار، ولكنها ذكرته بسياسات المستشفى ومسؤوليات الممرضة المسؤول (سوزان)، حيث تأخذ الجراحات الحرجة والطارئة الأولوية على الجراحات المحددة مسبقًا وغير الخطيرة. وسألت جوسي إذا كان هناك موعد آخر يناسبه لإجراء العملية وتفادي التأخير. وبعد الحديث بين جوسي وجوناس بدأ جوناس بالهدوء.

وبعد عدة دقائق اعتذر جوناس إلى جوسي، وطلب مقابلة سوزان والحديث معها (وذلك بعد أن بينت جوسي أن تصرف جوناس لم يكن مناسبًا). اعتذر جوناس لسوزان. ثم تحدثت جوسي مع سوزان بشأن إيجاد طرق مستقبلية لتفادي مثل هذه الحالات. وقيمت جوسي ما فعلته سوزان واصفة إياه بأنه غير مهني، فمن المفترض أن تكون هي مثالاً يحتذي به أمام المرضين، لأنها تعتبر الممرضة المسؤولة.

الدروس المستفادة:

على مدير التمريض أن يقوم بالآتي:

- التدخل في الخلافات والصراعات.
- التعرف على سياسة المنظمة والتي تدعم قرارات طاقم العمل.
- التحدث عن المشكلة بانفتاح وحرية.
- الاستماع الجيد لكلا الطرفين.
- استخدام لغة خطاب حازمة للوصول لحل المشكلة.

تعزيز مهاراتك التواصلية

يمكن تعلم مهارات التواصل بسهولة، ويمكنك اتباع الخطوات السابق ذكرها بصندوق (٩-٣) لتحسين مهاراتك التواصلية.

ولتتواصل بفاعلية عليك أولاً تحديد علاقتك مع الطرف الآخر (هل تتعامل مع المدير أم المريض؟)، ثم حدد الرسالة التي تريد أن توصلها. وضح أهدافك حتى تتمكن من تعريفها من خلال عملية الاتصال بفاعلية، ثم توقع ما سيقوله الشخص، وكيفية رده على ما تقول، ثم حدد أفضل وسيلة للتواصل، هل تكون عن طريق الهاتف، أم المقابلة الشخصية، أم البريد الإلكتروني، أم الرسالة الصوتية؟ وهل ستترك رسالة في حالة عدم تواجد الشخص؟ واستخدم الفصل كمرجع للتعرف على كيفية إتمام عملية الاتصال بفاعلية.

اختر التوقيت المناسب، مثلاً، لا تختر الوقت الذي يقوم فيه المدير بالتخطيط لميزانية المؤسسة المستقبلية، لأنه لن يستمع إليك في هذا الوقت.

كن مستعدًا في وقت توصيلك للرسالة، واعلم أن عملية التواصل تنجح عندما تقوم باستخدام الطريقة المناسبة والوقت المناسب، والاستماع الجيد للطرف الآخر، وتجنب إظهار الخوف من الانتقادات، وتجنب استخدام لغة تقلل من شأن المتحدث مثل: "لا أعلم إن كنت مهتمًا بهذا الأمر". ولمزيد من المعلومات انظر المرجع الآتي:

Sullivan, E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses (2nd ed.). Upper Saddle River، NJ: Prentice Hall.

الخلاصة:

- التواصل عملية مستمرة ومعقدة وديناميكية.
- تعتمد طريقة إيصال الرسالة على الغرض منها، ومحتواها، والعلاقة التي بينك وبين الطرف الآخر.
- يمكن أن تشوه عملية الاتصال.
- تؤثر الاختلافات العمرية والنوعية والحضارية والتنظيمية على فاعلية ونتيجة عملية التواصل.
- يجب على القائد أن يمتلك مهارات تواصل ممتازة.

- تختلف إستراتيجيات التواصل وفقاً لتغير الموقف، والدور الذي يقوم به الأفراد المشتركون في عملية التواصل.
- التواصل التعاوني أمر صعب التحقيق، ويحتاج إلى مهارات خاصة.
- يمكن تعلم مهارات التواصل من خلال الممارسة.

أدوات التواصل الفعال:

- حدد واستخدم الطريقة المناسبة لتوصيل الرسالة (المقابلة الشخصية، أم الهاتف، أم البريد الصوتي، أم البريد الإلكتروني، أم الرسالة النصية).
- قيم مهاراتك التواصلية وفكر في طرق تعزيزها.
- حاول ممارسة النصائح التي قدمت لك من خلال الفصل، واستخدم الأسلوب المناسب لكل حالة حيث تختلف طريقة التواصل مع الزملاء، عن التواصل مع الأطباء، وعن التواصل مع المرضى وذويهم.
- انتبه لردود فعل الطرف الآخر الشفهية، وغير الشفهية.
- قيم فاعلية عملية التواصل باستمرار.
- جاهد لتحسين مهاراتك التواصلية.

التقويم :

- صف آخر عملية تواصل رأيتها. هل وضح المرسِل رسالته بشكل صحيح ؟ هل استخدم المرسِل الأسلوب ووسيلة الاتصال المناسبة؟ هل استمع للتعليقات والأسئلة؟ كيف كانت النتيجة؟
- صف عملية تواصل كنت أنت فيها المرسِل. هل اتبعت مديرك أو كليتك؟
- يمكنك أن تسجل لنفسك أو تجرب النصائح السابقة مع أحد الزملاء وذلك للتدرب على كيفية التواصل بفاعلية مع الآخرين. (Sullivan, 2013).

المراجع

Donaldson, M. C. (2007). *Negotiating for dummies* (2nd ed.). New York: Wiley Publishing.

Feldhahn, S. (2009). *The male factor: The unwritten rules, misperceptions, and secret beliefs of men in the workplace.* New York: Crown Business.

Hahn, J. (2009). Effectively manage a multigenerational staff. *Nursing Management, 40*(9), 8–10.

Helgesen, S., & Johnson, J. (2010). *The female vision: Women's real power at work.* San Francisco: Berrett-Koehler Publications.

Huber, L. M. (2009). Making community health care culturally correct. *American Nurse Today, 4*(5), 13–15.

Kaplan, A. M., & Haenlein, M. (2010). Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Business Horizons, 53*(1), 59–68.

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C., Williams, M., Basaviah, P., & Baker, D. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *Journal of American Medical Association, 297*(8), 831–841.

Maxfield, D., Grenny, J., Lavandero, R., & Groah, L. (2005). The silent treatment: Why safety tools and checklists aren't enough to save lives. Retrieved April 11, 2011 from http://www.silencekills.com/UPDL/SilenceKillsExecSummary.pdf

Propp, K. M., Apker, J., Zabava Ford, W. S., Wallace, N., Servenski, M., & Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team: Identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qualitative Health Research, 20*(1), 15–28.

Raingruber, B., Teleten, O., Curry, H., Vang-Yang, B., Kuzmenko, L., Marquez, V., & Hill, J. (2010). Improving nurse-patient communication and quality of care: The transcultural, linguistic care team. *Journal of Nursing Administration, 40*(6), 258–260.

Raso, R. (2010). Social media for nurse managers: What does it all mean? *Nursing Management, 41*(8), 23–25.

Robertson-Malt, S., Herrin-Griffith, D. M., & Davies, J. (2010). Designing a patient care model with relevance to the cultural setting. *Journal of Nursing Administration, 40*(6), 277–282.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care, 23*(1), 41–51.

Tannen, D. (2001). *Talking from 9 to 5: How women's and men's conversational styles affect who gets heard, who gets credit, and what gets done at work.* New York: Harper.

Trossman, S. (2010). Sharing too much? Nurses nationwide need more information on social networking pitfalls. *American Nurse Today, 5*(11), 38–39.

الفصل العاشر

التفويض الناجح

التفويض

فوائد التفويض:

- فوائد التفويض للممرضين
- فوائد عملية التفويض للمفوَض إليه
- فوائد التفويض بالنسبة للمديرين
- فوائد التفويض بالنسبة للمؤسسة

خمسة شروط للتأكد من نجاح عملية التفويض

- خطوات عملية التفويض:

قبول التفويض

التفويض غير الفعال

- الثقافة التنظيمية
- قلة الموارد
- عدم الرغبة في التفويض
- عدم رغبة المفوَض إليه
- التفويض الناقص
- التفويض العكسي
- التفويض المبالغ فيه

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

- يشتمل التفويض على المسؤولية والمساءلة والسلطة .
- كيف يفيد التفويض المفوِض والمفوَض إليه، والوحدة، والمؤسسة؟
- كيف تكون مفوِضاً ذا كفاءة ؟
- المشكلات التي تعوق عملية التفويض الكفء.
- كيف تؤثر المسؤولية على التفويض.

التفويض

التفويض هو عملية نقل مسؤولية وسلطة تنفيذ مهمة ما (مثل مهمة اتخاذ القرارات، أو القيام بعمل أو عملية معينة) إلى شخص آخر يقبل الحصول على هذه المسؤولية والسلطة. ويبقى المفوِض مسؤولاً عن المهمة التي تم تفويضها، ويكون المفوَض إليه مسؤولاً أمام المفوِض عن المسؤوليات التي حصل عليها منه. وتساعد عملية التفويض على تطوير مهارات الأفراد، وتعزيز روح الفريق بينهم، وتحسين إنتاجيتهم.

يتطلب التفويض مهارات قيادة قوية، وأحيانًا يصعب على الممرض تعلمها، لأنه لم يكن يتعلمها في أثناء دراسته الأكاديمية. يعزف الكثير من الممرضين عن التفويض، وذلك بسبب التضارب الناتج عن عدم معرفة المهام التي يجب أن يقوم بها الممرض المسجل، وما الذي يستطيع فعله المساعد. أما الآن فمن الضروري أن يمارس الممرضون ومديرو التمريض عملية التفويض، وذلك بسبب قدرتهم على إنجاز كثير من الأعمال من خلالها بأقل جهد ممكن.

وللتفويض فوائد كثيرة (انظر الجزء التالي) حيث يعزز القائد المستخدم لأدوات التفويض من روح التعاون بين الممرضين والمساعدين (Orr, 2010)، ويخلق بيئة عمل إيجابية (Standing & Anthony, 2008).

ويشتمل التفويض على المسؤولية، والمساءلة، والسلطة. وبالرغم من أن كلمتي المسؤولية والمساءلة تعتبران مترادفتين ، إلا أن كل كلمة تختلف في المبدأ، فالمسؤولية هي الالتزام بتنفيذ عمل أو مهمة ما، بينما المساءلة هي أن تتقبل نتائج عمل ما أو انعدام نتائج هذا العمل. يمكن نقل المسؤولية، ولكن المساءلة تتم مشاركتها فقط.

ويستطيع الفرد نقل المهام التي تقع تحت عباءة مسؤولياتك فقط. إذا لم تتحمل المسؤولية المباشرة لمهمة ما، فلن تستطيع تفويض هذه المهمة. مثلاً المدير مسؤول عن ملء الفراغات بجدول أعمال طاقم العمل، ويمكن أن يفوض المدير هذه المهمة إلى أحد آخر. ولكن إذا كانت مهمة وضع الجدول من مسؤولية المنسق المركزي، فإن المدير يستطيع فقط الاقتراح على المنسق أو مساعدته، ولكنه لن يستطيع تفويض أحد بهذه المهمة.

مثلاً إذا تغيب أحد القائمين بأعمال سحب العظام، فإن الممرض قد يطلب من الطبيب المعالج أن يقوم بهذه المهمة، ولكن هذا لا يعد تفويضاً، لأن عملية سحب العظام ليست من مسؤوليات الممرض. ولكن إذا طلب المسؤول عن عملية سحب العظام مساعدة الطبيب المعالج، قد يصبح ذلك تفويضًا، لأن شروط التفويض تحققت.

ويجب نقل السلطة في أثناء نقل المسؤولية للآخرين. والسلطة هي حق التصرف، ولهذا يجب على المفوِض أن ينقل السلطة مع المسؤولية حتى يمكن المُفَوض إليه من تنفيذ المهمة بكفاءة. ولكن غالباً ما يتم إهمال تفويض السلطة، فالممرضون الذين لا يحصلون على سلطات للقيام بمهمة ما، غالباً ما يفشلون في تنفيذ هذه المهمة وهو ما يقلل من الفاعلية والإنتاجية للممرض.

وغالباً ما يتم الخلط بين التفويض والتكليف بعمل ما. فالتفويض يتطلب نقل المسؤولية والسلطة، أما التكليف فلا يتم نقل السلطة من خلاله. والتكليف هو مهمة بيروقراطية تعكس المهام الوظيفية للشخص واحتياجات المؤسسة والمرضى. ويفيد التفويض الكفء كلاً من المفوِض والمفوَض إليه ، والمدير والمؤسسة.

فوائد التفويض

فوائد التفويض للممرضين

ويستفيد الممرضون من عملية التفويض. فإذا تمكن الممرض من تفويض بعض مهماته للمساعدين غير المرخصين، فإن تركيز الممرض سينصب على تلك الأعمال التي لا يمكن تفويضها، ومنها أعمال الرعاية الصحية الدقيقة التي يحتاجها المرضى، وعن طريق ذلك، تتحسن خدمات رعاية المرضى، ويزيد رضا الممرض عن عمله.

نانسي، ممرضه مسجلة، ولديها ثلاث عمليات يجب أن تحضرها، كما لديها مريضان يجب أن ينقلا إلى غرفة أخرى قبل انتهاء الدوام خلال الساعة المقبلة. ولهذا، تقوم نانسي بتفويض مهمة نقل المريضين إلى شيلي، وهي مرخص لها بالقيام بأعمال التمريض، وتركز نانسي على العمليات الأخرى.

فوائد عملية التفويض للمفوَض إليه

والمفوَض إليه يستفيد كذلك من عملية التفويض، حيث يكتسب المفوَض إليه مهارات وقدرات جديدة تساعده على تحسين مسيرته المهنية. بالإضافة لذلك، يأتي التفويض مع الثقة والدعم، وهو ما يساهم في بناء ثقة المفوض إليه وتعزيز تقديره لذاته. أيضًا، عندما يحصل الفرد على مهام جديدة فإن حافزه ورضاه عن عمله يزدادان. ومع زيادة المسؤولية التي يتحملها الشخص فإن إحساسه بالفخر والانتماء إلى المكان الذي يعمل به يزداد. ويشعر الأفراد بالتقدير، ويقومون بتقدير أدوار و مسؤوليات الآخرين، بشكل يزيد من التعاون وروح الفريق.

فوائد التفويض بالنسبة للمديرين

ويستفيد المدير من عملية التفويض. فإذا تم استخدام المساعدين غير المرخصين بشكل صحيح فإن الوحدة سوف تعمل بكفاءة، كما سيتمكن المدير من تفويض جزء من مسؤولياته للآخرين، مما يعطيه مزيدًا من الوقت للتركيز على المهام الإدارية التي لا يمكن تفويضها لأحد، كما أن تركيزه على اكتساب المهارات والقدرات الإدارية سيزداد، وهو ما يحسن من أدائه لوظيفته.

فوائد التفويض بالنسبة للمؤسسة

مع تحسن عمل فرق العمل، فإن المؤسسة كلها تتمكن من تحقيق أهدافها بكفاءة. فمن خلال التفويض تقل نسب الغياب، وينخفض عدد الباقين لوقت إضافي لإنهاء عملهم، ومن ثم تزيد الإنتاجية ويتحسن الموقف المالي للمؤسسة. ومع زيادة الكفاءة، فإن جودة خدمات الرعاية تتحسن، فيزداد من ثم رضا المريض عن المؤسسة.

خمسة شروط للتأكد من نجاح عملية التفويض

غالباً ما يخشى الممرضون من المسؤولية، ولهذا فهم لا يفضلون استخدام التفويض. وتحدد قوانين الممارسة التمريضية الممارسات القانونية لمهنة التمريض، أما الجمعيات المهنية فتحدد معايير

عمل الممرضين، أما السياسات التنظيمية وبطاقات الوصف الوظيفي فتوضح قواعد تنظيم عملية التفويض للمهام المختلفة. وتعرّف اللجنة القومية لمجالس التمريض NCSBN (National Council of State Boards of Nursing) خمسة شروط لتحقيق الغرض من عملية التفويض (انظر الجدول ١٠-١). أما كل مجلس فيحدد قواعد التفويض الخاصة به.

الجدول (١٠-١). خمسة شروط لتحقيق الغرض من عملية التفويض.

- اختيار المهمة المناسبة.
- اختيار الظروف المناسبة.
- اختيار الشخص المناسب.
- تحديد طريقة التواصل المناسبة.
- الإشراف الدائم.

National Council of State Boards of Nursing. (2007). The five rights of delegation. Retrieved June 28, 2011at https://www.ncsbn.org/Joint_statement.pdf

- وللحفاظ على سلامة المريض يجب التأكد من تفويض المهمة المناسبة للحالة المرضية المناسبة. فهناك مهمات يتم تفويضها بشكل شائع. أما المهمات التي تتطلب تقييم الممرض للحالة الصحية للمريض فلا يجب تفويضها. (Austin, 2008).

- ولتحقيق الغرض من عملية التفويض يجب اختيار الظروف المناسبة، والتحقق من توفر الموارد اللازمة. فيجب أولاً تحديد احتياجات المرضى، والتحقق من مهارات طاقم العمل الذي ستوكل إليه مهام التمريض.

- يجب التأكد من أن المفوِض يمتلك السلطة و المسؤولية حتى يقوم بتفويض بعض المهام. ويجب التأكد من قدرة المفوض إليه على تنفيذ المهمة. ولهذا يجب إعطاء المهمة المناسبة للشخص المناسب لخدمة المريض المناسب.

- ويجب على المفوِض أن يتواصل بشكل ناجح مع المفوض إليه ، ويتطلب ذلك تحديداً واضحاً ودقيقاً للمهمة التي سيتم تفويضها، كما يجب أن تحدد الأهداف والقيود والنتائج المتوقعة من عملية التفويض، ويجب أن تكون استجابة المريض متوافقة مع أهداف عملية التفويض.

• ويجب مراقبة المفوَض إليه باستمرار، وتقييم أدائه، وتقديم ملاحظات على عمله، والتدخل إذا تطلبت الحاجة ذلك. وسيظل المفوِض هو المسؤول الأول والأخير عن خدمات الرعاية الصحية بغض النظر عن عملية التفويض.

ويوضح الشكل (١٠-١) شجرة القرارات التي رسمتها اللجنة القومية لمجالس التمريض. وتساعد هذه الشجرة الممرض في اتخاذ القرارات المتعلقة بتفويض المهمات.



الشكل (١٠-١). شجرة القرارات.

خطوات عملية التفويض

ويوجد خمس خطوات لعملية التفويض (انظر الجدول ١٠-٢)، هي:

الجدول (١٠-٢). خطوات عملية التفويض:

• عرف المهمة. • حدد المفوض إليه. • حدد المهمة. • توصل لاتفاق. • راقب الأداء وقدم النصائح.

• تعريف المهمة: فوض المهام التي تقع ضمن نطاق عملك فقط، وهي التي تتحمل مسؤوليتها وتملك صلاحية تنفيذها، ومنها:

١. المهام الروتينية.

٢. المهام التي لا تملك الوقت للقيام بها.

٣. المهام الأقل أولوية.

ولتعريف المهمة يمكن طرح الأسئلة التالية:

• هل تتطلب المهمة مهارات تقنية أو قدرات إدراكية خاصة؟
• هل تتطلب المهمة مؤهلاً معيناً؟
• هل الأداء مقيد بالوصف الوظيفي والمعايير والقوانين؟
• هل المهمة معقدة؟
• هل تتطلب المهمة تدريباً أو تعليماً معيناً؟
• هل تتطلب المهمة مهارات إبداعية، ومهارات اتخاذ القرار، أم هي معرفة بشكل جيد؟
• هل تغير الظروف يؤثر على طريقة أداء المهمة؟

أثناء عملية تحديد مكونات المهمة ومتطلباتها حاول ألا تُقصِر أداء المهمة على شخص واحد فقط، حتى لو كنت تعتبره الشخص الوحيد القادر على أداء المهمة. في كثير من الأحيان، يمكن إعداد الأفراد على تنفيذ المهمة من خلال التعليم والتدريب، ويمكن تعويض الوقت الذي تم إهداره على تعليم وتدريب الآخرين.

ويمكن تقسيم المهمة إلى أجزاء صغيرة، وتوكل الأجزاء لعدد من الأفراد بما يتوافق مع مهاراتهم وقدراتهم. مثال، لا يمكن تفويض مهمة إعداد ميزانية المؤسسة إلى أحد، ولكن في حالة رغبة المؤسسة في شراء عدد من أجهزة قياس درجة حرارة الأذن (Tympanic Thermometers)، يستطيع أحد الأفراد تحديد الأنواع المتوفرة بالسوق، وتحديد ثمنها، ومميزات وعيوب كل نوع. إذن فمن الأفضل أن تشكل لجنة من الممرضين لتقييم البدائل، وتقديم التوصيات بشأن اختيار النوع الأمثل من أجهزة قياس درجة الحرارة.

كيف تتعرف على المهام التي لا تستطيع تفويضها؟

قبل تفويض المهمة قم بتحديد ما السلطات والموارد التي تملكها، وما النتائج التي تريد تحقيقها. مثال، قد يمتلك مدير إحدى الوحدات بالمؤسسة سلطة شراء المعدات الطبية، ولكن هذه السلطة قد تكون مقيدة بكمية معينة أو أنواع معينة للمعدات التي يستطيع شراءها.

لا يجب تفويض مهام معينة، مثل سلطة معاقبة الآخرين، كما لا يمكن تفويض المهمات المتطلبة لمهارات تقنية عالية. أيضًا، لا يجب أبدًا تفويض المهام السرية ومهام فض الصراعات بين الأقسام.

• اختيار المفوَض إليه: اختر الشخص المناسب لتنفيذ المهمة. حلل مهارات وقدرات الأفراد من أجل التعرف على مدى قدرتهم على أداء المهام المختلفة، ويجب أن تحدد الأسباب التي قد تمنعهم من قبول مسؤولية القيام بهذه المهام. ويمكن أن تحسن الخبرات والصفات الشخصية (مثل، الذكاء والحماس، حب طرح المبادرات) من قدرات الفرد. وكقاعدة عامة، يمكنك تفويض الأفراد، حتى وان كانوا في أقل درجة من السلم الوظيفي مادام لديهم القدرات المناسبة، وماداموا يحصلون على الموافقة القانونية والإدارية لإتمام المهمة.

هل الفرد الذي تم اختياره سيكون متفرغًا لتنفيذ المهمة؟ قد تكون سولينج هي الشخص المناسب لأداء المهمة لكنها ستكون في إجازة، ولن تعود إلا بعد انتهاء الوقت المقرر أن تنتهي خلاله المهمة. بعد ذلك، عليك أن تسال الفرد المناسب هل هو مستعد لتحمل مسؤولية تنفيذ المهمة أم لا؟ فالتفويض يجب أن يكون تطوعيا، ولا يجب أن يكون إجباريًا على الأفراد.

• حدد المهمة: الخطوة التالية هي توضيح ما النتائج التي تتوقعها من تنفيذ هذه المهمة على يد المفوَض إليه. يجب أن تحدد موعداً لمقابلة المفوَض إليه لتتفق معه على ما يجب أن يقوم به، فمحاولة تفويض مهمة ما لشخص ما في وقت الأزمات لا يعد تفويضًا، بل يعتبر نوعاً من أنواع التوجيه. خذ وقتك في وصف المهمة ووصف توقعاتك وتقبل الأسئلة من الطرف الآخر. وحاول أن تبتعد عن الظروف المشتتة للانتباه. ويوضح الجدول (١٠-٣) السلوكيات التي يجب اتباعها عند تفويض المهام.

الجدول (١٠-٣). سلوكيات تفويض المهام:

• صف المهمة مستخدما اللغة المناسبة التي تعبر بدقة عن رغباتك وتوقعاتك.
• عرف أهمية المهمة إلى المنظمة.
• حدد النتائج المرغوب في تحقيقها والإطار الزمني لإنهاء المهمة.
• حدد القيود التي قد تصبح عائقًا أمام تنفيذ المهمة.
• تأكد من فهم الطرف الآخر للمهمة، واستمع إلى توقعاته عن كيفية تنفيذها.

١. استخدم اللغة المناسبة التي تعبر بدقة عن رغباتك وتوقعاتك مثل "أريدك أن تقوم بـ ...." ، كما عليك أن تعبر عن كلماتك باستخدام لغة الجسد، والتواصل البصري. وعلى المفوَض إليه أن يعرف ما المطلوب منه، ومتى يجب أن تنتهي المهمة، وأين يجب القيام بها، وكيف؟ و قد يتمكن المفوَض إليه المتمرس من الإجابة عن سؤال كيف تنفذ المهمة وأين بنفسه. أيضًا يجب تحديد طريقة تقديم التقارير، هل تقدم مكتوبة أم شفهية؟ وإذا كانت مكتوبة، ما الذي يذكر بها؟ هل تتم إضافة الجداول والرسومات البيانية وغيرها؟ حدد مواعيد كتابة التقارير. عرف العقبات التي قد تقف أمام المفوض إليه في أثناء تنفيذه المهمة. وفي مهمات رعاية المرضى، حدد المسؤول عن الحالة ومن لديه سلطة الرعاية. مثلاً، إذا أوكلت مهمة إدخال الإشارات الحيوية للمريض إلى أحد المساعدين غير المرخصين، ولكن أدى ذلك إلى تغير الحالة الصحية للمريض. وفي هذه الحالة على الممرض المسجل أن يحقق في سبب ذلك.

٢. وضح ما أهمية هذه المهمة سواء للمؤسسة أو للمريض أو للمفوَض إليه. قم بتحفيز المفوض إليه ليقبل تحمل مسؤولية المهمة ويحصل على سلطة تنفيذها.

٣. حدد النتائج المرغوب في تحقيقها، والفترة الزمنية التي يجب خلالها الانتهاء من المهمة. حدد طريقة مراقبة عملية التنفيذ. يجب أن تراقب المفوَض إليه، وذلك لأنك ستظل المسؤول الأول والأخير عن المهمة، ولكن حاول في أثناء مراقبتك ألا تقيد المفوض إليه في أثناء تنفيذه المهمة.

٤. حدد العقبات التي قد تقف حائلاً أمام المفوض إليه، وكيف ستؤثر الظروف في تنفيذ المهمة. مثلا يمكن أن توكل للمفوض إليه مهمة إطعام مريض ما في أثناء فترة تيقظه، أما لو فقد المريض وعيه، فسيصعب على المفوَض إليه إطعامه ويصاب حينها بالارتباك.

٥. تأكد من فهم الطرف الآخر للمهمة واستمع إلى أسئلته وآرائه.

• توصل لاتفاق: بعد أن شرحت كل ما يحتاجه المفوَض إليه لتنفيذ المهمة، عليك التأكد من إنه قد وافق على تحمل مسؤولية وسلطة إتمام المهمة. عليك أن تعد المفوَض إليه لإكمال المهمة بنجاح. ويتطلب ذلك إعطاءه المعلومات والموارد المطلوبة لتنفيذ المهمة، كما يجب إخبار الآخرين بمهمة المفوَض إليه، وذلك لتسهيل عمله. وقبل الاجتماع مع الفرد الذي تريد تفويضه حاول أن تتخيل عملية التفاوض معه، وما يجب أن يكون متوفرًا ومتاحًا له، حتى تجعله يقبل الحصول على المسؤولية.

• راقب الأداء وقدم النصائح: حدد طريقة مراقبة الأداء حتى تستطيع السيطرة على المهام المفوضة، والتأكد من أنها تنفذ بالكيفية التي تريدها. كن دائما متاحاً للمفوَض إليه. قدم الدعم له حتى تزيد من ثقته بذاته، وتلغي أية مخاوف لديه من تحمل مسؤولية المهام الصعبة.

راقب المفوَض إليه جيدًا ولكن لا تظهر له عدم ثقتك فيه. حلل الأداء مع الأخذ في الاعتبار الأهداف المتحققة. إذا حدثت مشكلة في أثناء القيام بالمهمة، قم بالتحقيق في سبب ذلك على انفراد مع المفوَض إليه، وحاول تعريف المشكلة، واستمع إلى المفوَض إليه، وأخبره كيف يقوم بتصويب هذا الخطأ، وكيف يتجنبه في المستقبل. قدم الدعم. قم بمدح وشكر المفوَض إليه بعد الانتهاء من المهمة، وحاول أن تمدحه أمام الجميع.

قبول التفويض

عندما تقبل التفويض فإنك ستتحمل مسؤولية المهمة بشكل كامل، وتتحمل نتيجة تنفيذ هذه المهمة، والفوائد أو العيوب الناتجة عن تنفيذها. وبما أن المفوِض لديه حق توكيل جزء من المهام،

فهذا يعني أنك تستطيع قبول ذلك الجزء الذي تستطيع تنفيذه فقط، ولكن تأكد من أن التفويض سيعزز من مسيرتك المهنية، وسيكسبك مهارات وموارد جديدة ومهمة ولهذا فمن المفضل أن تقبل التفويض مادامت لديك القدرة على تنفيذ المهمة.

وعندما تقبل المهمة، عليك أن تتقبل جيدًا فكرة أنك ستكون الشخص الذي سيسأل عنها. عليك أولاً أن تكتسب ثقة المفوِض، ولكن أيضًا عليك أن تحدد بشكل واقعي هل تمتلك المهارات والقدرات والوقت لتنفيذ هذه المهمة أم لا؟ فإذا لم يكن لديك المهارات اللازمة عليك إخبار المفوِض بذلك. ولكن هذا لا يعني أنك لن تتقبل المهمة. حاول أن تعرف إذا كان المفوِض سيقدم تدريباً معيناً قبل إعطائك المهمة، أو يعطيك الموارد المطلوبة، إذا لم يفعل ذلك ارفض التفويض.

بمجرد تقبلك للتفويض عليك التأكد من الفترة الزمنية التي يجب أن تنتهي المهمة خلالها، وطرق المتابعة والمناقشة مع المفوض، وغيرها من الأمور المهمة. لا تفترض أي شيء، يجب أن تتأكد بنفسك. على الأقل أعِد ما سمعته من المفوِض مرة أخرى، ومن الأفضل تدوين ما سمعته.

ابق المفوِض على اطلاع بكيفية سير الأمور، وأبلغه بأية مخاوف تشعر بها في أثناء تنفيذ المهمة. وتأكد أنك إذا أتممت المهمة كما كان توقع المفوَض ، سوف تنفتح أمامك أبواب جديدة بالمستقبل.

إذا لم تكن الشخص المناسب للمهمة، أو إذا لم يكن لديك الوقت للقيام بها عليك القول بذلك ولا تخف. اشكر المفوض على هذه الفرصة والثقة، وأخبره لمَ يجب عليك رفض التفويض. وأكد على رغبتك في التعامل المستقبلي مع المفوِض. انظر لدراسة الحالة (١٠-١) والتي توضح كيفية تعامل ممرضة المدرسة مع التفويض.

دراسة الحالة (١٠-١). التفويض.

ليزا فورد تعمل ممرضة بإحدى المدارس، وتتحمل مسؤولية تقديم الرعاية لطلاب المدرسة الإعدادية والثانوية، وهي أيضًا مسؤولة عن ورشة عمل لتأهيل الطلاب المعاقين ذهنيا وجسديًا. وتتحمل ليزا مسؤولية رعاية ١٠٠٠ تلميذ، و٦٠ تلميذًا معوقًا، و٢٥ مدرسًا، أيضًا فهي تتحمل مسؤولية مراقبة اثنين من المساعدين غير المرخصين، وثلاثة مساعدين حاصلين على تعليم متخصص في مجال تقديم الرعاية. ولتتمكن من القيام بعملها تقوم بتفويض بعض المهام للمساعدين، مثل مهمة إدارة كميات الأدوية، ومتابعة الحالة الصحية لعدد من التلاميذ.

تابع دراسة حالة (١٠-١).

نانسي آندرو هي إحدى المساعدات غير المرخصات، وقد دخلت حديثًا في مجال الرعاية الصحية (تقريبا منذ عام)، ولديها خلفية بسيطة عن الرعاية الصحية. ويجيز قانون الممارسات التمريضية تقديم المساعدين غير المرخصين بعض خدمات الرعاية للطلاب بالمدارس. وتقوم ليزا بتدريب نانسي وتعليمها كيف تقدم الأدوية الصحيحة للطلاب، كما تقوم بتقييم أداء نانسي وتراقبها.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

- فهم قانون الممارسة التمريضية، وكيفية تطبيقه على العاملين من ممرضين ومساعدين بالمدرسة.
- تنفيذ سياسات المدرسة والإدارة التعليمية المتعلقة بكيفية تقديم خدمات الرعاية الصحية وإدارة الأدوية المقدمة للطلبة.
- تدريب المساعدين غير المرخصين على كيفية تقديم خدمات الرعاية للطلاب.
- تقليل الأخطاء المستقبلية عن طريق التأكد من أن المساعدين حصلوا على التدريب اللازم والكافي لتنفيذ المهام الموكلة إليهم بكفاءة.
- كتابة تقارير عن أداء المساعدين، وكتابة تقارير عن مدى تقبل المساعدين للتدريب.
- مراجعة الأدوية من خلال كتابة التقرير، وذلك للحرص على كفاية الأدوية المتوفرة.
- متابعة إعداد الطلاب المترددين على العيادة في أثناء السنة الدراسية، وذلك لتقييم جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لهم.
- كتابة التقارير عن الأخطاء الدوائية التي قد تحدث، وإبلاغ الإدارة بها، ثم يتم تقديم التدريب المناسب، ومراقبة المساعدين بدقة.

التفويض غير الفعال

يؤدي التفويض غير الفعال إلى إهمال بعض المهام الروتينية مثل إطعام المرضى وإدخالهم إلى المرحاض (Bittner & Gravlin, 2010; Gravlin & Bittner, 2009;). وسبب عدم نجاح التفويض يكمن في ضعف العلاقة والتواصل بين الممرضين والمساعدين غير المرخصين (Standing & Anthony, 2008).

ويمكن اعتبار العلاقة بين الممرضين والمساعدين إحدى أصغر الوحدات المتواجدة بالمؤسسة، فإذا لم تعمل هذه الوحدة بشكل صحيح، فإن النتيجة ستكون انخفاض جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة، وهو ما يؤثر على الأداء الكلي للمؤسسة. أيضًا من أسباب فشل عملية التفويض

انخفاض عدد المساعدين بالمؤسسة، حيث يحصل عدد من الممرضين على مساعد واحد فقط. وقد يتحمل المساعد كثيرا من المهام وهو ما يشكل ضغطًا عليه، ولكن الممرضين قد لا يعلمون بذلك.

أيضًا من أسباب عدم نجاح التفويض اختلاف رؤية ومفهوم الممرضين لعملية التفويض (Standing & Anthony, 2008). فقد يرى بعض الممرضين أن التفويض نوع من أنواع طاعة الأوامر المباشرة بفعل مهمة ما، والبعض الآخر يرى التفويض على أنه المهام الضمنية التي من المتوقع أن يقوم بها المساعد كإدخال المرضى إلى المرحاض.

ومن عوائق إنجاح التفويض كذلك : السياسات التنظيمية، واختلاف معتقدات المفوِض والمفوَض إليه عن التفويض، وعدم تواجد خبرة وتعليم لكيفية القيام بعملية التفويض.

الثقافة التنظيمية

قد تُحرِم الثقافة التنظيمية القيام بالتفويض. فيمنع التدرج الوظيفي وأنماط الإدارة المختلفة والعادات من إتمام عملية التفويض، فتصعب أنماط القيادة الاستبدادية، وسلسلة الأوامر الطويلة من القيام بعملية التفويض. وهناك عادة كذلك لدى بعض الممرضين بأنه يجب القيام بالمهام بنفسه، لأن الآخرين ليست لديهم المهارات والقدرات للقيام بالمهمة. وقد يسود بالمؤسسة مناخٌ من عدم الثقة وعدم القدرة على تحمل أخطاء الآخرين. وتحول إدارة الأزمات الضعيفة، وسوء التوصيف الوظيفي، وطول سلاسل الأوامر من تحقيق فاعلية التفويض.

قلة الموارد

وهي أيضًا من مسببات فشل التفويض، فمثلاً قد لا يتوفر مساعدون لتفويضهم ببعض المهام. وكذلك إذا قصرت قوانين الممارسة التمريضية بعض المهام على الممرضين المسجلين فقط، عندئذ لن يتمكن الممرض من تفويض أحد بهذه المهمة.

وأيضًا قد تكون القيود المالية هي سبب فشل التفويض. مثلاً، إذا كنت تريد من أحد ما حضور مؤتمر سنوي للتمريض، ولكن المؤسسة ستدفع للمدير فقط تكلفة السفر والإقامة. هذا القيد سيمنع أي أحد آخر من الذهاب إلى المؤتمر.

كما قد تقف الموارد التعليمية حائلاً، فمثلاً قد يتعلم الآخرون كيفية القيام بمهمة ما باستخدام الأجهزة المناسبة، ولكن قد لا تتوافر هذه الأجهزة، كما قد لا يتوافر الشخص الذي سيعلمهم كيفية أداء المهمة.

وقد يكون التوقيت حائلاً، مثلاً: إنه يوم الجمعة، وجدول المهام يجب أن ينشر يوم الاثنين، ولكن لا أحد من طاقم العمل مدرب على القيام بوضع الجدول، كما انك ستسافر يوم الاثنين ولا يوجد أحد لتعليم الآخرين، ولهذا سوف تضطر لوضع الجدول بنفسك.

عدم الرغبة في التفويض

تعود أغلب أسباب فشل عملية التفويض إلى طبيعة المفوِض، فغالباً ما يقول الأفراد:

- "أستطيع القيام بذلك".
- "يمكنني القيام بالمهمة في وقت أقصر".
- "أفضل أن أقوم بالأمر بنفسي".
- "لا يوجد لدي وقت للتفويض والمراقبة".

غالباً ما تعود هذه الجمل للمعتقدات الخاطئة، والتخوف من التفويض، وعدم وجود خبرة مسبقة لكيفية سير عملية التفويض وأهميتها. بالطبع سيتمكن الشخص الخبير من إنهاء مهامه بدقة وبسرعة، ولكن ذلك قد يؤدي إلى إهدار الوقت بدلاً من قيام استخدام التفويض الناجح في إتمام المهام السهلة. ويمكن تصنيف مخاوف الأشخاص من عملية التفويض كما يلي:

• الخوف من المنافسة: ماذا سيحدث إذا تمكن شخص آخر من القيام بمهامي بشكل أسرع وأحسن؟ هل سأخسر وظيفتي؟ هل ستلغى ترقيتي؟ ماذا سيعتقد الآخرون؟ هل سأخسر احترام الآخرين وأخسر سلطاتي؟ ستسقط تلك المخاوف إذا تمكن المفوِض من اختيار المهمة المناسبة، والشخص الملائم لتنفيذ تلك المهمة. وعلى العكس، فإن نجاح المفوَض إليه في إتمام المهمة سيعني أنك قائد ناجح وتستطيع اتخاذ قرارات صحيحة.

• الخوف من المسؤولية: بعض الأفراد يخافون من تحمل المخاطر، ومن ثم يرفضون القيام بالتفويض. وبالطبع توجد مخاطر لعملية التفويض، ولكن المفوض يستطيع أن يتجنب تلك المخاطر

عن طريق اتباع خطوات التفويض السابق ذكرها، كما يخشى الآخرون من تحمل اللوم عند فشل المفوَض إليه في القيام بالمهمة. ويمكن تقليل تلك المخاطرة عن طريق اختيار الشخص المناسب للمهمة المناسبة؛ ومن ثم فأي خطأ سيترتب عنه سوف يتحمله المفوَض إليه وحده، وكذلك ليس من الضروري تحمل أخطاء الآخرين.

قم بمراجعة شجرة اتخاذ قرار التفويض التي تم شرحها سابقًا، وكذلك قم بمراجعة قانون الممارسة التمريضية، وسياسات المؤسسة. يخاف الممرضون من تحمل اللوم من الإدارة إذا فشل المفوَض إليه، ولكن هذه المخاوف ستختفي إذا تم اتباع القواعد والقوانين والتوصيف الوظيفي بدقة.

• الخوف من فقدان السيطرة: هل سأظل على علم بكيفية سير الأمور؟ هل ستنفذ المهمة بشكل صحيح؟ كيف يمكنني التأكد؟ ويزداد ذلك الشعور بالخوف عندما يكون المفوِض غير متمرس في عملية التفويض. أيضًا يسيطر هذا الخوف على الأشخاص الذين يعملون في ظل أنماط القيادة الاستبدادية. ولتتمكن من إحكام السيطرة على طريقة سير الأمور، قم أولاً بإخبار المفوض إليه بما تحتاجه، واعرف المهمة بشكل واضح، وقم بمراقبة المفوض إليه.

• الخوف من إثقال كاهل الآخرين: الجميع لديهم أعمال يقومون بها، لديهم ما يكفيهم من عمل، فكيف أزيد من أعبائهم؟ تذكر أن التفويض هو عملية اختيارية مبنية على اتفاق، ولهذا فإذا قبل الفرد تحمل مسؤولية المهمة، فهذا يعني أنه راغب في تنفيذها. وغالباً ما يرغب الأفراد في تنويع مهامهم وأعمالهم، لذا ما تراه عبئًا عليهم يعد بالنسبة لهم أمرًا محببًا. ويقع العبء على المفوِض لأنه يجب تحديد المهمة واختيار المفوَض إليه بشكل دقيق.

• الخوف من زيادة عدم الرضا الوظيفي: ولأن المهام التي يتم تفويضها غالباً ما تكون ذات طبيعة روتينية، فإن رضا المفوِض عن وظيفته من المفترض أن يزيد، وذلك لأنه سيتوفر لديه مزيد من الوقت للقيام بالأعمال المحببة إليه واكتساب مهارات وفرص جديدة.

عدم رغبة المفوَض إليه

قد يرفض المفوَض إليه قبول التفويض بسبب الخوف من الفشل وعدم خبرته بعملية التفويض. ولهذا يجب الوثوق في المفوض إليه ودعمه، ويجب إمداد المفوَض إليه بالمعدات والمعلومات اللازمة للقيام بمهمته. وإذا تم اتباع الخطوات الصحيحة لعملية التفويض فإنه من

النادر أن يفشل المفوَض إليه. ويجب على المفوَض إليه أن يعلم بأن الجميع كانوا غير متمرسين في عملهم، ولكن مع تكرار الممارسة أصبحوا ماهرين في تولي المهمات المختلفة. أيضًا من مخاوف المفوض إليه كيفية التعامل مع الأخطاء، ولهذا يجب أن يشرح المفوِض المهمة بشكل واضح ودقيق، كما عليه أن يعلم الشخص كيف يتعامل مع المشكلات التي قد تطرأ عليه في أثناء القيام بالمهمة، وكذلك عليه أن يعلمه بسياسات المؤسسة المتعلقة بهذه المهمة.

وقد يرفض الشخص أيضًا قبول التفويض بسبب عدم رغبته في تحمل المسؤولية، وأنه يعتمد على الآخرين في القيام بعمله. ولهذا، يجب تحفيز الشخص بشكل مناسب ليقبل القيام بالمهمة، وإعطاؤه مهمة سهلة وبسيطة ومضمونة النجاح.

وإذا لم تتبع خطوات التفويض بالشكل الصحيح فإنه قد يفشل التفويض. ومن أسباب عدم كفاءة التفويض: التفويض المبالغ فيه، والتفويض الناقص، والتفويض العكسي.

التفويض الناقص

ويحدث انتقاص في شروط التفويض :

- عندما يفشل المفوِض في نقل السلطات الكاملة للمفوَض إليه.
- عندما يستعيد المفوِض مسؤولياته.
- عندما يفشل المفوِض في إعداد وتوجيه المفوَض إليه.
- وكنتيجة لذلك لا يستطيع المفوَض إليه إكمال المهمة الموكلة إليه، وتعود المهمة مرة أخرى إلى المفوِض.

• شارون، ممرضة بإحدى المدارس وتتحمل مسؤولية تقديم خدمات الرعاية للتلاميذ. وأثناء قيام شارون بالمرور على المباني التعليمية يقوم المساعدون بالعمل داخل عيادة المدرسة. جوى مساعد مبتدئ ذو خبرات ضعيفة في مجال الرعاية الصحية والإدارة الدوائية. وقد حاول جوى تسريع عملية الإدارة الدوائية فلم يقم بترتيب وتنظيم الأدوية، ولهذا حدثت صعوبة في التعرف على أماكن الأدوية التي يجب أن يتناولها التلاميذ، وتم استدعاء شارون لترتيب وتصحيح الأدوية، وأصيب جوى بالإحباط لعدم تمكنه من تولي المهمة بشكل صحيح.

• قد يحدث نقص التفويض كذلك بسبب تخوف الممرضين المسجلين من عملية التفويض، أو لعدم ثقتهم بالآخرين، ولهذا يقررون أن يتولوا المهام بأنفسهم (Mitty *et al.*, 2010) . ومن الممكن أيضًا ألا يكون المساعد مستعدًا لتولي المسؤولية، وقد يرى أن المسؤولية خارج نطاق خبراته ، وقد لا يتمكن المساعد أيضًا من إكمال مهماته بسبب تحميل كثير من الممرضين مسؤولية عدد من المهام إليه، وهو ما يضغط عليه.

التفويض العكسي

• عندما يقوم شخص ذو مستوى وظيفي منخفض بتفويض شخص ذي مستوى وظيفي أعلى للقيام بالمهام.

• توماس، ممرض في وحدة الحروق بإحدى المستشفيات. وعندما وصل توماس إلى المستشفى وجد أن مهام تلبيس المرضى لم تنته بعد بسبب انشغال طاقم العمل بإحدى الحالات الطارئة. داون هو مساعد مرخص له القيام بأعمال التمريض وقد طلب من توماس أن يساعد طاقم العمل في إلباس المرضى قبل مرور الأطباء بالمستشفى.

التفويض المبالغ فيه

ويحدث عندما يفقد المفوِض السيطرة على مهمة ما، وذلك بسبب إثقال كاهل المفوض إليه بالعديد من المهام والمسؤوليات والسلطات، وهذا يضع المفوِض في موقف خطر، ويزيد من مسؤوليته عن الأخطاء التي قد تحدث. وغالباً ما يفترض الممرض أن أي أعمال لا تتطلب مهارة تمريضية يمكن أن توكل إلى أحد المساعدين.

Ellen إحدى المساعدات المنضمات حديثًا إلى وحدة الرعاية الحرجة. Dolores تعمل كمديرة تمريض وتشرف على مريض بوحدة الرعاية الحرجة Mr. Anderson، وكان من المقرر أن يتم وضعه بجهاز الرنين المغناطيسي اليوم، فطلبت دولرس من إلين مرافقة Mr. Anderson للقيام بالأشعة. وتعرض Mr. Anderson في أثناء القيام بالأشعة إلى أزمة بالتنفس أدت إلى وقفة قلبية. وبما أن Ellen لا تعلم كيفية التعامل مع ذلك الأمر، تم استدعاء طاقم التمريض من وحدة الرعاية الحرجة للقيام بإنعاش Mr. Anderson.

ويؤثر التفويض غير الناجح على بقية عمل الممرضين العاملين بالوحدة والمثالان التاليان يوضحان ذلك:

Sally مديرة تمريض وهي تقول دومًا بأنها تفضل القيام بكل شيء لمرضاها. وهي لا تحب أن تطلب مساعدة من أحد. وبالرغم من أن مرضى Sally سعداء من خدمتها لهم، إلا أن Sally مشغولة دائما طوال فترة العمل وليس لديها أي وقت لمساعدة أي من زملائها مديري التمريض الآخرين. وأصيب زملاء سالي بالضيق منها لأنها لا تساعدهم عندما يحتاجونها، وتشعر Sally بالتعب بسبب كثرة انشغالها، ويشعر مساعد Sally بأنها لا تقدره ولا تثق به.

Bridgett مديرة تمريض وهي ترى أنها أدت مهام المساعدين لفترة طويلة في أثناء دراستها بالكلية. وبما أنها الآن مديرة تمريض، فإنها قررت ألا تقوم بأعمال المساعدين مثل إدخال المرضى للمرحاض، أو تغيير الأسرة. وتطلب Bridgett من مساعدها القيام بهذه الأعمال دومًا، حتى وإن كانت متواجدة بالغرفة ولديها الوقت الكافي لتنفيذ هذه المهمات السهلة. وبسبب ذلك يشعر المساعدون دائمًا بالغضب منها، وكذلك الحال بالنسبة لزملائها ،حيث إن المساعدين لا يجدون الوقت الكافي لمساعدة بقية مديري التمريض.

ويمكن تعلم مهارات التفويض. وليصبح التفويض ناجحًا يجب ممارسته والتدرب عليه باستمرار. أحيانًا يبدو أنه من الأسهل القيام بكل العمل بنفسك، ولكن هذا ليس صحيحاً، فبمجرد ممارستك لعملية التفويض سيكون لديك مزيد من الوقت للقيام بأعمال أخرى أهم. وعند قيام المديرين بالتفويض، فإنه بذلك سيصبح مثلاً لبقية زملائه ويشجعهم على القيام بذلك أيضًا. ففي هذا الزمن، لا أحد يمكنه تحمل تكلفه عدم ممارسة التفويض.

الخلاصة :

- التفويض هو اتفاق ينقل من خلاله مسؤولية وسلطة أحد ما لتنفيذ المهام إلى شخص آخر قادر على تحمل هذه المسؤولية والسلطة.
- ويفيد التفويض كلاً من المفوِض والمفوَض إليه، والمدير والمؤسسة.

• خمسة الشروط لإنجاح عملية التفويض هي: اختيار المهمة المناسبة، واختيار الظروف المناسبة، واختيار الشخص المناسب، وتحديد طريقة التواصل المناسبة، والإشراف الدائم .

• والتفويض يتطلب مهارات هي: التحديد الصحيح للمهمة، وتحديد من الشخص صاحب الخبرات والمهارات المطلوبة لتنفيذ المهمة، والقدرة على الشرح الوافي لما يجب القيام به، ومراقبة الأداء بدقة.

• غالباً ما تكون المهام التي يتم تفويضها ذات طبيعة روتينية، ولا تكون متعلقة بعقاب الآخرين، أو ذات طبيعة تقنية، أو تحتوي على معلومات سرية.

• قبل قبول التفويض عليك التأكد من أنك تقبل المسؤولية، ولديك الوقت الكافي لتنفيذ المهمة، وتحقق من تطلعات المدير وطريقة اطلاعه على سير الأمور.

• تؤدي القيود التنظيمية والثقافة وانعدام الخبرات السابقة إلى فشل التفويض.

• التفويض من المهارات المهمة الواجب تطبيقها في نظام الرعاية الصحية الحالي.

مهارات التفويض الناجح:

• فوض المهام التي تتحمل مسؤوليتها فقط.

• انقل السلطة إلى المفوض إليه.

• تأكد من أنك تتبع القانون، وبطاقات الوصف الوظيفي، وسياسات المؤسسة عندما تقوم بالتفويض.

• اتبع خطوات وسلوكيات التفويض التي تمت مناقشتها بالفصل.

• تقبل المسؤولية عندما تفهم المهمة، وتتعرف على الإطار الزمني، وطريقة تقديم التقارير، وتطلعات المدير.

• اتبع خمسة الشروط لإنجاح عملية التفويض التي تمت مناقشتها بالفصل.

التقويم :

• راجع قانون الممارسة التمريضية الخاص ببلدك. هل ذكر القانون كيفية القيام بالتفويض؟ ما المهام التي يمكن تفويضها، وتلك التي لا يمكن تفويضها؟ كيف عرف القانون طريقة المراقبة؟ كيف تختلف مهام الممرض عن المساعدين وفقًا للقانون؟ ما مهام بقية الفئات العاملة بنظام الرعاية الصحية؟

• ما قواعد مؤسستك المؤسسة لعملية التفويض؟

• هل قمت بالتفويض من قبل؟ كيف فعلت ذلك؟ هل اتبعت الخطوات الخمس التي تم ذكرها بالفصل؟ هل كانت النتائج إيجابية؟ إذا لم تكن النتائج جيدة، ما السبب؟

• هل قام أحد ما بتوكيل مهمة القيام بعمل ما إليك؟ كيف وضح المفوِض طريقة تنفيذ المهمة؟ هل تلقيت الكثير من المعلومات، أم القليل منها؟ هل كان الإشراف متناسبًا مع حجم المهمة؟ ما النتائج المتحققة من عملية التفويض؟

المراجع

Austin, S. (2008). 7 legal tips for safe nursing practice. *Nursing 2008, 38*(3), 34–39.

Bittner, N. P., & Gravlin, G. (2009). Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *Journal of Nursing Administration, 39*(3), 142–146.

Gravlin, G., & Bittner, N. P. (2010). Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *Journal of Nursing Administration, 40*(7/8), 329–335.

Mitty, E., Resnick, B., Bakerjian, D., Gardner, W., Rainbard, S., Mezey, M. (2010). Nursing delegation and medication administration in assisted living. *Nursing Administration Quarterly, 34*(2), 162–171.

National Council of State Boards of Nursing. (2007). The five rights of delegation. Retrieved June 28, 2011 at https://www.ncsbn.org/Joint_statement.pdf

Orr, S. E. (2010). Characteristics of positive working relationships between nursing and support service employees. *Journal of Nursing Administration, 40*(3), 129–134.

Standing, T. S., & Anthony, M. K. (2008). Delegation: What it means to acute care nurses. *Applied Nursing Research, 21*(1), 8–14.

الفصل الحادي عشر

تكوين وإدارة الفِرَق

المجموعات والفرق

عمليات المجموعات والفرق

١. المبادئ

٢. الأدوار

بناء الفرق:

١.التقييم

٢.أنشطة بناء الفريق

إدارة الفرق:

- المهام
- حجم المجموعة وتكوينها
- الإنتاجية والتماسك
- التنمية والنمو
- الحكم بالمشاركة

كيف يكون مدير التمريض قائدًا للفريق؟

- التواصل
- تقييم أداء الفريق

قيادة اللجان وقوات المهام

- إرشادات قيادة الاجتماعات
- إدارة قوات المهام

مؤتمرات رعاية المرضى

بعد الانتهاء من هذا الفصل سنتعرف على الآتي :

- كيف تعمل المجموعات والفرق.
- الفرق بين مفهومي تكوين الفريق، وإدارة الفريق.
- الطرق المختلفة لتكوين الفرق.
- العوامل التي تؤثر على إدارة الفريق.
- أهمية مهارات القيادة في عملية إدارة الفرق.
- كيفية إدارة المجموعات، وفرق المهام، ومؤتمرات رعاية المرضى.

غالباً ما تُقَدْم خدمات التمريض في مناخ عمل مُتسِم بروح الفريق. وتعمل المجموعات التي تتشارك نفس الأهداف بطريقة متناسقة ومتعاونة ودؤوبة، مشكلين بذلك فرق عمل. ودائمًا ما يشترك الممرضون في فرق عمل مختلفة. وتعمل يوميا فرق التمريض والمساعدون والسكرتارية معًا بداخل وحدات التمريض. وتزيد احتمالات مشاركة الممرض سواء بالعمل أو بالقيادة في فرق تعمل على نطاق واسع يشمل أكثر من وحدة واحدة، وذلك عند تطبيق نظام المشاركة في الحكم، ونظام فرق العمل المشتركة. مثلاً، قد يقود الممرض مجلس ممارسات الرعاية الحرجة، أو قد يشارك بفريق توفير المعدات الطبية لكافة الأسرة.

وتتطلب فرق العمل ذات الأداء المرتفع مهارات قيادية شاملة ومتمرسة. وتتزايد أهمية روح الفريق في أنظمة تقديم خدمات الرعاية الصحية المتكاملة. ويجب أن ينسق مديرو التمريض أعمال وتفاعلات الفرق المتداخلة بين الوحدات والفرق التقليدية. ويجب أن يعرف الممرض طبيعة عمل المجموعات، وكيفية تحول المجموعات إلى فرق، وذلك حتى يستطيع العمل بفاعلية.

المجموعات والفرق

والمجموعة هي عدد من الأفراد يتفاعلون ويؤثرون بعضهم على البعض. وتتواجد المجموعات الرسمية وغير الرسمية بداخل المؤسسة. والمجموعات الرسمية هي جماعات الأفراد التي تكونها المؤسسة بشكل دائم أو مؤقت بغرض تنفيذ مهام معينة. وقد يكون هيكل الفرق الرسمية أفقياً أو رأسياً أو مائلاً. وقد يشكل هيكل الفرق، وفرق المهام، (task forces) ومجموعات المهام، (task groups) واللجان بالثلاثة أشكال السابقة، بينما تعمل المجموعات الآمرة (command groups) وفقا لهيكل رأسي. وقد تتكون المجموعة من:

• أفراد من مكان عمل واحدة (مثل: الممرضين العاملين بقسم ما)، أو أفراد من نفس الدرجة الوظيفية، ولكنهم من أماكن عمل مختلفة (مثل: كل طاقم التمريض الذي يعمل بوحدات مختلفة).

• أفراد ذوو درجات وظيفية مختلفة (مثل :الممرضين والمساعدين).

• أفراد من أماكن عمل مختلفة وذوو درجات وظيفية مختلفة (مثل: المشتركين بلجنة مراجعة توجهات العاملين).

قد تكون المجموعات مؤقتة أو دائمة. وغالباً ما تكون اللجان والفرق والمجموعات الأمرة دائمة، أما فرق المهام، ومجموعات المهام فغالباً ما تشكل لفترة مؤقتة.

وتتكون الفرق غير الرسمية بصورة طبيعية من خلال العلاقات الاجتماعية بين الأفراد. وتكون هذه المجموعات غير رسمية لأن المؤسسة لا تعرفها في هيكلها الوظيفية. ومن أمثلة المجموعات غير الرسمية، الأفراد الذين يتناولون الطعام معًا يوميا، والأفراد الذين يجتمعون بعفوية لمناقشة بعض القضايا الإكلينيكية.

المجموعات الآمرة (Command Groups) وتعد كياناً تنظيمياً شرعياً ينفذ عدداً من المهام بداخل المؤسسة. وتتكون هذه المجموعات من أعضاء مستقلين، يتشاركون نفس القواعد فيما بينهم، ويوزعون الأدوار المختلفة عليهم بغرض تحقيق أهداف المؤسسة، وتتحمل هذه المجموعة مسؤولية تحقيق عدد من الأهداف التي يمكن قياسها.

ويمتلك مدير المجموعة السلطة الشرعية على كل عضو وعلى كل المجموعة. وغالباً ما تكون مهام المجموعة ذات طبيعة روتينية مصممة بغرض تحقيق أهداف المؤسسة أو الوكالة. ويمكن القول بأن المجموعة الآمرة هي الطاقم الذي يشكل بانتظام تحت سلطة مدير واحد.

مجموعة المهام: هي مجموعة من الأفراد يعملون معًا بقيادة أو بدون قيادة شخص ما، ويوكل إليهم عدد من المهام المحددة بفترة زمنية معينة. مثلاً إذا أراد المرضون بناء برنامج توجيهي لطاقم العمل المنضم حديثًا للمؤسسة، فإن الممرضين سيختارون عدداً من زملائهم لتكوين مجموعة المهام. وقد تتواجد أكثر من مجموعة واحدة بداخل الوحدة، وقد تشمل المجموعة عدداً من الممثلين ذوي الخلفيات المختلفة (مثل: الأطباء، والممرضين، والمسؤولين عن الطعام بالمؤسسة، والعاملين الاجتماعيين).

اللجان وفرق المهام: وهي مجموعات تم تشكيلها للتعامل مع عدة قضايا، وتشمل أكثر من منطقة خدمات واحدة. مثلا، قد تتحمل لجنة ما مسؤولية تحسين إجراءات الرقابة وسلامة المريض، كما قد تكون مسؤولية فرقة المهام هي تطوير قواعد حماية خصوصية المريض.

تعتمد مؤسسات الرعاية الصحية على عدد كبير من اللجان، والتي يشارك بها الممرضون، وغالباً ما يقومون بقيادتها. وتشكل بعض اللجان التنظيمية لتتحمل مسؤوليات رئيسة مثل لجان تقييم خدمات رعاية المرضى، ولجان مواجهة الكوارث، ولجان التعليم، ولجان وضع المعايير، بينما تشكل بعض اللجان لتنفيذ مهمة محددة (مثل وضع سياسة جديدة لمواجهة الإدمان).

أما الفرق، فهي مجموعة من الأفراد الذين يعملون بشكل متعاون بعضهم مع البعض لتحقيق عدد من الأهداف الشاملة. وقد تخص الفرق على السلطة المصاحبة لإنجاز مهمة ما، بالإضافة لذلك يتم اختيار المنضمين للفريق بناء على المهارات التي يملكها ومدى تناسبها مع المهمة التي يقوم بها الفريق. والفرق قد تتكون من أفراد من مكان عمل واحد، أو أفراد من نفس الدرجة الوظيفية، ولكنهم من أماكن عمل مختلفة، أو أفراد من درجات وظيفية مختلفة، أو أفراد من أماكن عمل مختلفة من درجات وظيفية مختلفة. وقد تعمل الفرق لفترة محددة من الوقت، أو قد تعمل بشكل دائم.

أنشأت مستشفى ميتروبوليتان نظام سلم وظيفي إكلينيكي جديد للممرضين . وكل ثلاثة أشهر يجتمع أعضاء لجنة الممارسة الإكلينيكية لمراجعة تقارير المرضين المتقدمين لترقية بالسلم

الوظيفي. وتتكون اللجنة من عدد من الممرضين ومديري التمريض من الوحدات الخدمية المختلفة. وكل ممرض راغب في الترقية عليه ملء استمارة طلب معينة. وتراجع اللجنة كل الطلبات، وتقدم توصية للأشخاص المستحقين للترقية إلى نائب مدير الرعاية الصحية.

لا يمكن اعتبار مجموعات العمل على إنها فرق. مثلا المجموعة التي يعمل كل عضو من أعضائها بشكل منفصل لا يمكن اعتبارها فريقاً. والمجموعات المتنافسة ليست فريقاً، وهي المكونة من أفراد يتنافسون بعضهم مع البعض على الموارد من أجل تنفيذ مهمة ما، أو من أجل تحقيق مصالح شخصية.

وتتحول المجموعات إلى فريق عندما يستخدم الأفراد مهارات العمل الجماعي للوصول لأهداف ونتائج محددة. ويجب أن يتبادل الأفراد الأفكار بعضهم مع البعض، ويعملوا بتنسيق فيما بينهم، ويتفهموا الأدوار المختلفة لجميع العاملين بالفريق، وذلك ليعملوا بفاعلية. ويجب أن يقدر أعضاء الفريق مهارات وقدرات بعضهم البعض، ويحاولوا أن يستثمروا فيها ويزيدوا منها. ويكون لأغلب الفرق قائد يحافظ على تكامل عمل الفريق، ويرشد الفريق في تأدية أعماله ومهامه. وقد تكون بعض الفرق مدارة بذاتها، بمعنى أن جميع أفراد الفريق يتفقون سويا على أعمال وأهداف الفريق بشكل مستمر.

في بعض الوحدات، قد لا يعمل طاقم العمل كفريق. فقد ينقسم إلى عدة مجموعات. مثلا يعتبر مديرو الحالة التابعون لوحدة رعاية المرضى المقيمين والتابعين لعيادات التليف الكبدي بإحدى مراكز رعاية الأطفال كفريق. وفي مثل هذه الفرق التي تجمع أفراداً ذوي خلفيات مختلفة، يقوم الأعضاء بإرسال التقارير رسميا إلى مديرهم الخاص، ولكن في أثناء تقديم خدمات الرعاية لمرضى التليف الكبدي لا يوجد فرد معين مسؤول عن الفريق. وفي الاجتماعات يناقش الأعضاء كافة المشكلات التي تواجههم، ويتفقون معًا على الخطط المستهدفة لحل هذه المشكلات.

وقد يتواجد بالمؤسسة عدة فرق ومجموعات مختلفة. مثلا، فرق تحسين الجودة، والفرق المدارة ذاتيا، ومجالس المشاركة في الحكم، ومجموعات المهام المؤقتة، ومجموعات التركيز وغيرها.

يتحمل عدد من مديري التمريض بإحدى المستشفيات الجامعية الكبرى مسؤولية تعليم طاقم الممرضين الجدد كيفية تحقيق إرضاء المرضى. وترسل نسخ عن إرضاء المرضى إلى عدد اختياري منهم. وتجمع النتائج ثم ترسل النتائج إلى كل قسم. ويجتمع أعضاء هيئة التمريض لمراجعة البيانات

كل شهر، ثم يخرجون بتوجيهات إيجابية وسلبية. وترشد هذه التوجيهات العاملين بأنشطة الرعاية الصحية. ويتم إدخال تعديلات على معايير جودة خدمات الأقسام والبروتوكولات من أجل تحسين خدمات الرعاية كلها.

ويمكن اعتبار أغلب المجموعات ذات طبيعة تفاعلية تقليدية. وغالباً ما يكون لهذه المجموعات قائد رسمي، وقد لا يكون بها قائد في بعض الأحيان. وأغلب مجموعات العمل ومجموعات المهام واللجان تكون مجموعات تفاعلية تقليدية (ordinary Interacting Groups). وغالباً ما تبدأ اجتماعاتها بطرح القائد للمشكلات، ثم يتم ترك المناقشة مفتوحة لكيفية حل هذه المشكلة. ويؤخذ القرار النهائي بالتوافق بين أعضاء الفريق (وإذا لم تكن الطريقة المتبعة لاتخاذ القرارات هي التصويت، فإن الأعضاء يخرجون باتفاق يوافق به الجميع ويقومون بتدعيمه علنيًا). أيضًا قد تؤخذ القرارات بواسطة القائد، أو أحد أفراد السلطة، أوعن طريق التصويت، أو بمتوسط عدد الأعضاء، أو الأقلية، أو عن طريق أكثر الأعضاء خبرة في المجموعة. وتعزز المجموعات المتفاعلة روح المجموعة والتماسك بين أعضائها. ويبني المشتركون في مثل هذه المجموعات روابط اجتماعية قوية فيما بينهم، ويلتزمون بالقرارات التي اتخذتها المجموعة ككل.

يتتبع ممرضو السيطرة على العدوى حالات الإصابة بعدوى العنقوديات الذهبية المقاومة للبنسلين(MRSA) داخل المستشفى. ويطبق الممرضون البرتوكولات التي خصصتها وكالات الأمراض الوبائية القومية والفيدرالية، وبالإضافة لذلك يقوم الممرضون بتتبع احتمالات الإصابة بهذه العدوى بداخل الوحدات الخطرة، وتقدم برامج تعليمية عن العدوى لبقية الممرضين والمساعدين.

ولكن قد يسيطر شخص واحد أو قلة على المجموعات التفاعلية التقليدية. وإذا كان الفريق مترابطاً بشدة فقد يعاني الأعضاء من ظاهرة التفكير الموحد للمجموعة (Groupthink) والتي تمت مناقشتها بالفصل الثامن. وتضغط هذه الظاهرة على الأعضاء بحيث تجعلهم يتبعون معتقدات ومبادئ القائد حتى إذا كانت هذه الأفكار مخالفة لمبادئهم الشخصية.

وأغلب المجموعات تهدر كثيرًا من الوقت على العلاقات الاجتماعية التي تتم فيما بينهم، وهو ما يقلل من الوقت المتاح لمناقشة المشكلات والوصول لتوافق بينهم. وقد تتفق المجموعة على

تسوية ما، ولكن هذه التسوية قد لا ترضي أياً من الأعضاء. وبسبب هذه المشكلات، يعتمد نجاح المجموعات التفاعلية على المهارات القيادية التي يمتلكها قائد المجموعة.

ويواجه كل نوع من أنواع المجموعات عدداً من الفرص والتحديات. ويجب أن يقوم مدير التمريض بربط مقدمي الخدمات المختلفة مع المجموعات المشكلة بين الدرجات الوظيفية العليا بالمؤسسة. هذه الروابط سوف تسهل من عملية حل المشكلات، والتنسيق، والتواصل للمؤسسة كلها. وقد تكون القيادة بالمجموعات رسمية أو غير رسمية، وهي تلعب دوراً مهماً بداخل المجموعة. مثلا، قد يقود مدير التمريض رسميا وحدة ما أو طاقم تقديم خدمة ما، ولكنه قد يقود بشكل غير رسمي مجموعة من مديري التمريض.

ويحدد تأثير القائد (الرسمي أو غير الرسمي)، وروح العمل الجماعي للمجموعة مدى تحقيق أهدافها أو لا. قد يحول مدير التمريض المجموعات داخل وحدته إلى فريق وذلك عن طريق فهم مبادئ عمل المجموعة، وتطبيقها على الفرق، وعلى مجموعات اتخاذ القرارات، ولجان القيادة، وفرق المهام.

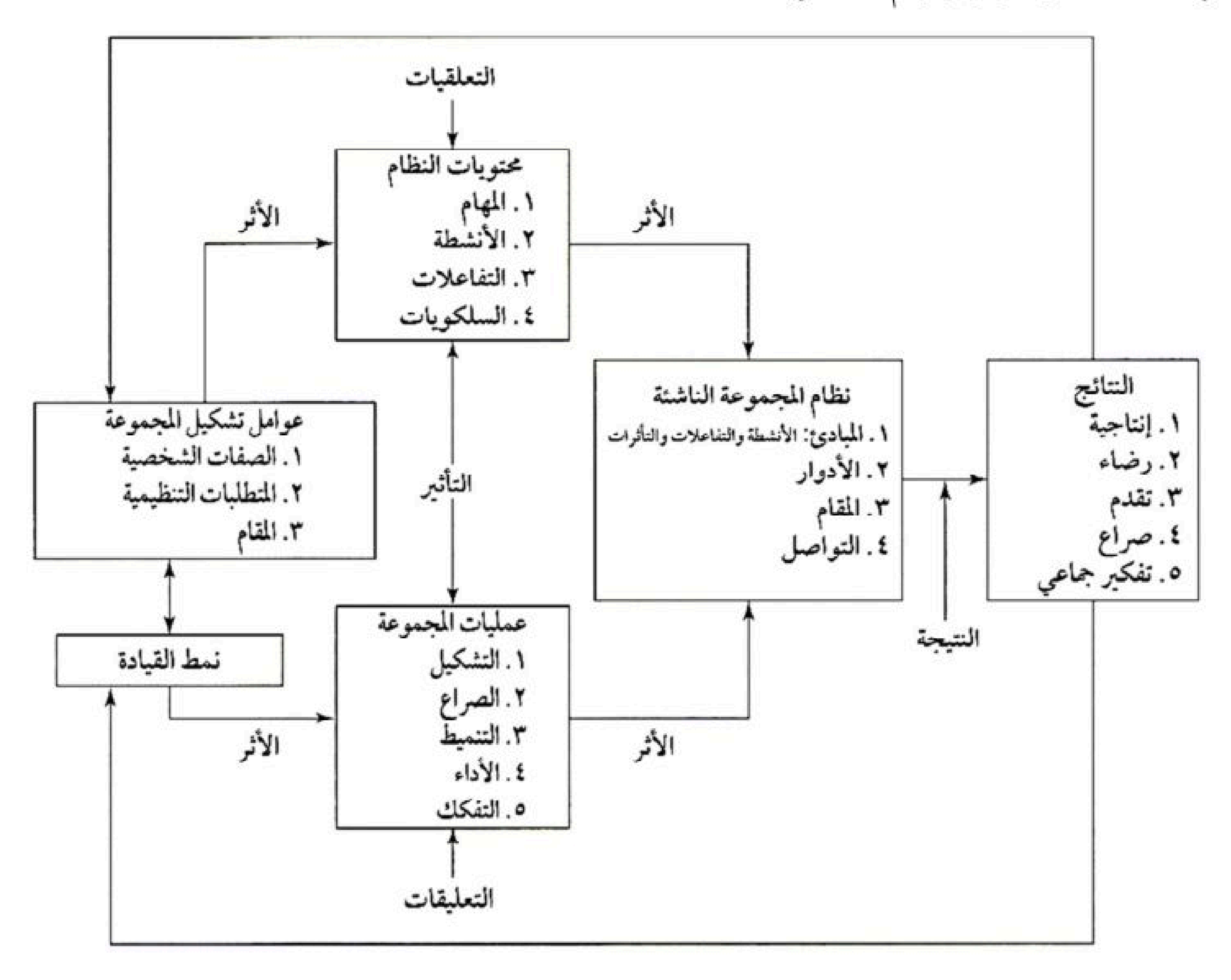
عمليات المجموعات والفرق:

يوضح الشكل (١١-١) نسخة معدلة من الهيكل التصوري لهومان (١٩٦١،١٩٥٠) عن النظام الاجتماعي، وهذا الهيكل يوضح مداخلات وعمليات ومخرجات المجموعات. ويوضح الهيكل كيفية تأثير الخلفيات التنظيمية والفردية على طريقة قيادة المجموعة، وديناميكية عملها (مهماتها، وأنشطتها، وتفاعلاتها، وسلوكياتها)، وعمليات المجموعة (التشكيل والصراع والتنميط ، والأداء و التفكيك). وتؤثر عناصر نظام المجموعة المستهدف تكوينها، وعملياتها بعضها على بعض، كما تؤثر على نظام المجموعة التي ستشكل مستقبلياً، وعلى الهيكل الاجتماعي.

ويحدد هذا النظام إنتاجية المجموعة، وجودة عمل الأعضاء، وإرضاءهم الوظيفي، ونمو وتطوير حياتهم الوظيفية، وقدراتهم على التفكير بطريقة متشابهة. ويفرق إطار عمل المجموعة بين العناصر المطبقة على المجموعات الخارجية، وبين العناصر الناشئة نتيجة لديناميكية عمل المجموعات الداخلية.

ووفقا لهيكل هومان، توجد ثلاثة عناصر رئيسة لنظام المجموعة وهي: الأنشطة، والتفاعلات والمواقف. والأنشطة هي السلوكيات الظاهرة لأعضاء المجموعة. والتفاعلات هي عمليات التبادل وعملية تبادل الأشياء التي تتم بين فردين أو أكثر بداخل المجموعة. أما المواقف فهي توقعات ومشاعر ومبادئ أعضاء المجموعة. وقد تكون المواقف إيجابية أو سلبية. وحتى يفهم المدير نظام عمل المجموعة ويوجهها عليه أن يحلل أنشطة وتفاعلات ومواقف أعضاء المجموعة.

ويوضح هيكل هومان أن الخلفيات المختلفة، وأسلوب القيادة، والهيكل التنظيمي تؤثر على عملية تشكيل المجموعات. ومراحل تكوين المجموعة سواء الرسمية أو غير الرسمية هي: التشكيل والصراع، والتنميط، وأداء العمل، والتفكك، أو إعادة التشكيل. والمرحلة الأولى هي **التشكيل**، حيث يكون الأفراد تجمعات أو عناقيد. وفي البداية يتعرف الأفراد على متطلبات الانضمام إلى الفريق ويبقون متحفظين بشأن الاقتراب بعضهم لبعض. وفي هذه المرحلة، يعتمد الأعضاء على القائد الذي يعرف أهداف وأدوار ومهام المجموعة.



الشكل (١١ – ١). الهيكل التصوري للنظام الاجتماعي لهومان.

عندما تبدأ المجموعة في العمل يظهر **الصراع** والخلاف، فيتصارع الأعضاء على الأدوار والمهام. ويظهر التنافس وعدم الرضا، والتصارع في العمليات والسلوكيات. في هذه المرحلة يتنافس الأعضاء على السلطة، وتظهر عدة قيادات غير رسمية بالمجموعة. وبهذه المرحلة يحاول القائد الرسمي مساعدة أعضاء المجموعة على معرفة وتفهم هذه الخلافات، ويحاول حلها بطريقة تضمن تحقيق مكاسب للجميع.

في المرحلة الثالثة، **التوافق أو التنميط**، يبدأ أعضاء المجموعة في تحديد الأهداف والأدوار والسلوكيات. وتحدد المجموعة السلوكيات التي تعد مقبولة، والتي لا تعد مقبولة. وتتضح أدوار وعلاقات وهيكل المجموعة أكثر وأكثر مع الوقت. ثم يبدأ أعضاء المجموعة بالترابط بعضهم مع البعض. ويحدد القائد معايير الأداء والسلوك وهيكل المجموعة، ويسهل عملية بناء العلاقات بين الأعضاء.

في المرحلة الرابعة وهي **الأداء**، يتفق الأعضاء على الأهداف والأنشطة الرئيسة ويبدؤون في العمل. وتوجه طاقة المجموعة لتنفيذ المهام. ويزداد التعاون فيما بينهم ويقل التركيز على الأمور العاطفية. يتواصل أعضاء الفريق بفاعلية، ويتفاعلون في مناخ من المشاركة. ويقوم القائد بإبداء الملاحظات: يمدح الإنجازات، وينتقد الأداء السيئ ثم يقوم بتحسينه، ويقوي العلاقات الشخصية بين أعضاء المجموعة.

المرحلة الخامسة، هي التفكك (حيث تتفرق المجموعة بعد الانتهاء. من مهامها) أو إعادة التشكيل (عندا يطرأ تحد أو تغير كبير على بيئة العمل، أو على الأهداف، وفي تلك الحالة تحتاج المجموعة إلى إعادة تعريف الأنشطة، وتعيد أربع المراحل السابقة منذ البداية). عندما تتفكك المجموعة يجب أن يهيئ القائد أعضاء المجموعة ويسهل عليهم إجراءات الإنهاء، وذلك عن طريق الاحتفال بالإنجازات والنجاحات التي قاموا بها. أما إذا كانت المجموعة سيعاد تشكيلها، يقوم القائد بتوضيح الاتجاه الجديد للمجموعة، ويوجه عملية إعادة التشكيل.

المبادئ

المبادئ هي القواعد غير الرسمية للسلوكيات التي يتشارك فيها ويعززها أعضاء الفريق. وتنشأ المبادئ في كافة التفاعلات الإنسانية. ويجب على المجموعات أن تضع مبادئ يؤمن بها كافة الأعضاء حتى يعززوا من أدائهم المثمر واستقرار عملهم. وغالباً ما تضع مجموعات الممرضين مبادئ بخصوص نسبة الغياب التي تؤثر على أداء العمل، وتزيد من الضغط في العمل. قد تشمل المبادئ الآتي: عدم التبليغ بإجازة مرضية في أيام عطلة نهاية الأسبوع، والالتزام بمواعيد الراحات، تسهيل عملية تبديل ساعات الدوام. أما في الفرق، فترتبط المبادئ بمشاركة العضو في المهام، ومجموع مجهودات الفريق. مثلاً، إذا وافق أحد أعضاء الفريق على تأدية تكليف ما، وفشل في أن ينتهي منه بالموعد المحدد، فإنه بذلك يكون قد خالف أحد مبادئ المجموعة.

وتزداد أهمية مبادئ المجموعة إذا تم استخدام هذه المبادئ في الحفاظ على استقرار المجموعة، تحسين القدرة على التنبؤ بسلوكيات الأعضاء، والمساعدة في حل الخلافات الشخصية بين الأعضاء، والتعبير عن قيم المجموعة الرئيسة، وتحديد هوية المجموعة المميزة.

وتتخذ المجموعات عدة خطوات لتعزيز مبادئ الأعضاء المختلفين عن باقي أعضاء المجموعة. أولاً، تستخدم المجموعة حججاً وأسباباً منطقية لإقناع العضو المختلف. ثانيًا، إذا لم تنجح الحجج العقلية يقوم أعضاء المجموعة باستخدام أساليب تلاعبية لتذكير العضو المختلف بقيم المجموعة. ثالثًا، الاعتداء على هذا العضو لفظيا، وقد يتحول العداء إلى تدمير أو تخريب عمل هذا الفرد. المرحلة الأخيرة، وهي تجاهل هذا الفرد

ويصعب على العضو المخالف أن يذعن لرغبة المجموعة طالما تتصاعد حدة معاملتها مع هذا الفرد وفقا للمراحل التي تم شرحها سابقًا. فالاتفاق في المرحلة الأولى بالحجج العقلية أسهل من تحقيق اتفاق في مرحلة الاعتداء اللفظي أو الجسدي. عندما يتم الوصول للمرحلة الأخيرة (التجاهل) يكون من المستحيل على بقية أعضاء المجموعة أن يعترفوا باستسلام هذا الفرد لمحاولات الإقناع السابقة التي استخدمتها المجموعة. ويتحمل مدير التمريض مسؤولية تسهيل التعامل مع الأفراد المخالفين لمبادئ المجموعة، وقد يقوم الممرض المدير بالنقاش مع هذا الفرد محاولاً منع الوصول لمرحلة العداء، أو الصراع الهادم.

الأدوار

تطبق المبادئ على كل أعضاء المجموعة، ولكن الأدوار تختلف باختلاف مناصب أعضاء المجموعة. الأدوار هي مجموعة من السلوكيات المتوقعة، والتي يتناسب بعضها مع البعض لتكون دوراً واحداً ، وتصف الأدوار سمات الأشخاص العاملين في إطار معين. ويمكن تصنيف الأدوار الخاصة بالمجموعات إلى أدوار متعلقة بمهام العمل، وأدوار اجتماعية وعاطفية. وغالباً ما يكون للفرد أكثر من دور. ويقوم الأعضاء المؤيدون للأدوار المتعلقة بالمهام بتعزيز قدرة المجموعة على تنفيذ الأهداف.

الأدوار المتعلقة بالمهام هي:

- مساهم – مبادر: يقوم بتعريف المشكلات، ويقدم عدداً من الحلول، كما يقوم بتعريف الأهداف، اقتراح أجندة عمل، ويبقى في إطار الوقت المحدد.
- الباحث عن المعلومات: يحاول التعرف على القواعد الوصفية لمهام المجموعة.
- مقدم المعلومات: يوسع قاعدة معلومات المجموعة عن طريق تفاعله وتشاركه مع الخبرات السابقة.
- الباحث عن الآراء: يحاول معرفة قيم الأعضاء الآخرين.
- مقدم الآراء: يوضح القيم الصائبة التي يجب أن تتبعها المجموعة.
- الموضح أو الشارح: يتوقع النتائج، ويقدم توضيحات للمهام، ويجمع الاقتراحات، ويبين كيف يمكن تطبيق هذه المقترحات.
- المنسق: يربط بين أفكار ومقترحات الآخرين.
- الملخص: يقوم بتلخيص مهمات ونقاشات المجموعة.
- المقيم –أو الناقد: يقيم جودة وكمية الإنجازات النهائية للمجموعة مقارنًا بعدد من المعايير.
- الداعم: يقوم بدعم أنشطة المجموعة عن طريق إعداده للبيئة المناسبة للعمل (مثل تجهيز غرفة الاجتماعات)، ويقدم الأدوات اللازمة للقيام بالعمل (مثل طلب شراء معدات العمل).
- المسجل: ويقوم بتسجيل إنجازات وأنشطة المجموعة.

أما الأدوار الاجتماعية والعاطفية فتسهل نمو واستقرار المجموعة. وهي أدوار متعلقة بالاحتياجات الشخصية للأعضاء.

وتكون الأدوار الاجتماعية والعاطفية كالآتي:

- المشجع: وهو يشجع ويثني على آراء وإسهامات الأعضاء.
- المهدئ: وهو شخص يخفف من التوترات والصراعات بين الأعضاء.
- المضحي : وهو من يقلل من نفوذ منصبه من أجل تعزيز التناغم بين الأعضاء.
- الأمين أو الحارس: ويشجع على تواصل وتشارك جميع الأعضاء بعضهم مع البعض.
- مراقب المجموعة: يدون ملاحظات على أعمال وديناميكيات المجموعة، ويخبر بعض الأعضاء المعينين بها.
- المتابع: ويحضر الاجتماعات، ويستمع للنقاشات، ويتقبل قرارات المجموعة.

المكانة أو المقام هي الترتيب الاجتماعي الذي يحصل عليه الأفراد بسبب المنصب الوظيفي الذي يشغلونه، وتنبع المكانة من العوامل التي يقدرها أعضاء المجموعة، مثل الأداء الجيد للشخص، وصفاته الشخصية، وقدرته على السيطرة على المعلومات والحوافز، وغالباً ما يتمتع الأفراد المحافظون على مبادئ المجموعة بالمكانة. ويمتلك أكثر الأعضاء مكانة قدرة تأثير أكبر على عملية اتخاذ القرارات بالمجموعة.

تعدي المقام يحدث عندما لا يتم الاستعانة بالعوامل التي يقدرها أعضاء المجموعة عند اختيار الشخص الأعلى منزلة، فإذا تم اختيار أحد الأشخاص صغيري السن وقليل الخبرة ليصبح قائدًا، فذلك نوع من أنواع تعدي المقام. قد يكون لتعدي المقام أثر تخريبي على المجموعة. مثلاً قد ينتج عنه المنعزلون، وهم الأشخاص أصحاب المكانة الخارجية العالية ولكن خبراتهم تختلف عن خلفيات أعضاء المجموعة. قد يعمل المنعزلون بالمجموعة بمستويات معقولة، ولكنهم سيظلون منعزلين عن بقية الأعضاء بسبب اختلافهم عن البقية. وقد ينتج تعدي المقام بسبب عدم اهتمام الفرد المتعدي بموافقة بقية أعضاء المجموعة، ولا يبذل جهدًا للحصول على موافقة الأعضاء.

والقيادة هي أهم الأدوار التي يجب أن تلعب بالمجموعة. وغالباً ما يكون للمجموعات الرسمية قائد مثل المجموعات الآمرة، والفرق، واللجان، وفرق المهام. وقد ينشأ دور القائد في المجموعات غير الرسمية مع الوقت وعلى حسب الاحتياج وفقًا لنوع المهام التي تتولاها المجموعة. ومن العوامل التي تجعل أعضاء الفرق الصغيرة يعينون فرداً ما كقائد عليهم مقدرة هذا الفرد على تحقيق أهداف المجموعة، والسلوك الاجتماعي للفرد، وحيازته لمهارات تواصل جيدة، وثقته بنفسه. وسيعرض الفصل عدد من الإرشادات لتفعيل دور القائد.

بناء الفرق

ويركز بناء الفريق على المهام والعلاقات التي يعمل ضمنها الأفراد، ويهدف بناء الفريق إلى زيادة الكفاءة والإنتاجية. وأثناء بناء الفريق يجب تحليل علاقات الأفراد والقيادة، وإجراءات اتخاذ القرارات، ويجب على الأعضاء أن يتدربوا على تحسين تفاعلاتهم وعمليات اتخاذ القرار.

التقييم

وهو من أهم الأنشطة التي تتم في عملية بناء الفريق التحليل وجمع البيانات. ويجب طرح أسئلة عن إطار عمل المجموعة (الهيكل التنظيمي، ومهمة وأهداف الفريق، والثقافة والمناخ اللذين يعمل خلالهما) وعن سمات عمل المجموعة، وأدوار الأعضاء، والإجراءات التي تتم بها، ومدى تعقيد الأعمال بها، ونمط حل المشكلات، والعلاقات الشخصية والعلاقات بين المجموعة وبقية المجموعات الأخرى. ويمكن طرح الأسئلة الآتية:

- إلى أي مدى يفهم ويتقبل الأعضاء أهداف المؤسسة؟
- ماذا يحدث إذا اعترضت إحدى الأجندات الخفية على طريقة عملها؟ والأجندات الخفية هي الأهداف الخفية للأفراد، والتي تتعارض مع التزام معين.
- ما مدى كفاءة قائد المجموعة؟
- إلى أي مدى يتفهم ويتقبل الأعضاء أدوارهم؟
- كيف تتخذ المجموعة قراراتها؟
- كيف تتعامل المجموعة مع الصراعات؟ هل يتم التعامل مع الصراعات عن طريق التجنب أو التهدئة، أو التوسط، أو التنافس، أو التعاون، أو بالقوة؟

- ما مشاعر الأعضاء بعضهم تجاه البعض؟
- إلى أي مدى يثق ويحترم الأعضاء بعضهم البعض؟
- ما العلاقة بين المجموعة وبقية وحدات المؤسسة؟

وبعد تشخيص المشكلات وتقييم الأوضاع يتخذ القائد الإجراءات اللازمة لتحسين طريقة عمل الفريق (Hill, 2010).

أنشطة بناء الفريق

ويتم تصميم أنشطة بناء الفريق لتحسين العلاقات الشخصية بين الأعضاء، وتعزيز قدرة الوصول للأهداف وتنفيذ المهام (Salas *et al.*, 2008) . مثلاً، وجدت دراسة معينة أن طالبات التمريض والطب يستطعن التعامل بطريقة أكثر انفتاحًا مع المهن الصحية المختلفة، وذلك على عكس الطلاب الذكور (Wilhelmsson *et al.*, 2011). وهذه الدراسة تحمل خبرًا طيبًا بالنسبة للأفراد القائمين على بناء الفرق المكونة من الإناث، عن القائمين على بناء الفرق المكونة من الذكور.

وتساعد دورات بناء الفريق في إكساب الأعضاء مهارات العمل كفريق، ولكن فاعلية نتائج هذه التدريبات تنخفض إذا لم يتم تطبيق ما تم تعلمه في أثناء العمل. ومن أجل الحفاظ على أداء الفريق الجيد، يجب قياس السلوكيات ومكافأة الجيد منها (Salas *et al.*, 2008).

وقد أنشأت وزارة الدفاع الأمريكية، ووكالة أبحاث وجودة خدمات الرعاية الصحية (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)) برنامج "أدوات وإستراتيجيات الفريق لتعزيز سلامة المريض والأداء " (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Team STEPPS)) وذلك بغرض الربط بين العمل وما يتعلمه الممرض عن العمل الجماعي، ويتضمن البرنامج ثلاث مراحل هي:

- تحديد ما هي الحاجات المطلوب تحقيقها.
- التدريب بمواقع العمل.
- تنفيذ وتعزيز الاستمرار بالتدريب. (Henriksen *et al.*, 2008; King *et al.*, 2008)

واختبر كلٌ من ماكون و وكونجهام، وديتي أوسكاز (٢٠٠٩) برنامج STEPPS ووجدوا أن هذه المهارات يسهل تعليمها للممرضين ، ووجدوا أن الممرضين يتعلمون كيفية ممارسة سلوكيات ذات مستوى عالٍ من المسؤولية، ويقومون بتقييم هذه السلوكيات.

ويمكن استخدام برنامج تدريبي قائم على المحاكاة لتعليم كيفية بناء الفريق (Rosen *et al.*, 2008). وينفذ المشاركون نموذج محاكاة، ويتم تقييم أداء المشتركين، ثم تتم إعادة تنفيذ المحاكاة بعد التعلم من التجربة السابقة. ويعد برنامج Legacy MD الذي تم التحدث عنه في الفصل التاسع أحد أمثلة أنظمة المحاكاة. وقد وجد روزن (٢٠٠٨) أنَ جودة الرعاية تتحسن بعد تطبيق نظم المحاكاة التدريبية.

ويمكن استخدام أنشطة بناء الفريق من أجل تسهيل المراحل التي تمر بها المجموعات (التشكيل والصراع والتنميط ، والأداء و التفكيك) وتسهيل إدارة الفرق.

ويمكن استخدام إستراتيجيات بناء الفريق من أجل تحسين أداء وحل مشكلات الفرق التقليدية. ويتوافر عدد من المصادر عن أساليب بناء الفريق. ويمكن أن يتحمل مدير التمريض مسؤولية بناء الفريق عندما يحتاج الفريق بعض المساعدة للتعامل بفاعلية مع المسائل الشخصية، أو مع التغييرات الطارئة على الظروف.

إدارة الفرق

تختلف إدارة الفرق عن بناء الفريق، حيث تعتمد على المهام وحجم المجموعة وتكوينه، وإنتاجية وتماسك أفرادها، ونمو المجموعة، ومدى تطبيق المؤسسة لمبادئ المشاركة في الحكم.

المهام

قد يساعد حجم المجموعة على تحقيق الفاعلية، ولكن هذا يتوقف أيضًا على نوع المهمة الموكلة إلى المجموعة، ويمكن تنفيذها بشكل جماعي: المهام المعتمدة على شخص واحد، والمهام القابلة للتقسيم، والمهام الكلية (Steiner, 1972 and 1976). والمهام التي يتم تنفيذها بشكل جماعي هي تلك المهام التي تعتمد على مجموع الأداء الفردي لكل عضو بالمجموعة، وكلما زاد عدد الأفراد العاملين بالمجموعة زادت المدخلات والمجهودات التي تنتج عنها نتائج إيجابية. مثلا، فإن لعبة (tug-of-war) تتطلب تجميع كافة مجهودات الأعضاء.

أما المهام المعتمدة على شخص واحد (تنجح المجموعة إذا نجح هذا الشخص فقط)، فكلما زاد عدد الأفراد بالمجموعة، زاد احتمال قيام فرد واحد بحل المشكلات. مثل الأولمبيات، كلما زاد عدد اللاعبين بالفريق زاد احتمال فوز الفريق بميدالية ذهبية. فلاعب واحد يجلب الميدالية الذهبية ثم يتفاخر الجميع بأداء هذا اللاعب.

أما المهام القابلة للتقسيم (يمكن تقسيم المهمة إلى عدد من الواجبات التي يتم توزيعها على الأعضاء) فكلما زاد عدد الأعضاء، زادت الفائدة من التخصص والاستقلال. مثلا، فإن تكوين السيارة يعد أمراً معقداً. منذ بداية تصميم هيكل السيارة حتى وضع آخر مسمار فيها، يحصل كل عامل على مهمة متخصصة له. أما المهام الكلية (حيث يتوقف نجاح المجموعة على نجاح كل أعضائها)، كلما زاد عدد الأعضاء زاد احتمال تعطيل أحد الأعضاء لكافة المشتركين الآخرين (مثل هيئة المحلفين).

ويعد الاعتماد المتبادل مطلوبًا في كثير من المهام. وهناك ثلاثة أنواع للاعتماد المتبادل وهي:

• الاعتماد المتبادل المجمع: حيث يشارك كافة الأفراد بالمهمة، ولكن لا تتوقف مساهمة أي عضو على الآخرين (مثل المناقشات التي تتم باللجان).

• الاعتماد المتسلسل: حيث يجب أن ينسق الأعضاء مهامهم وفقًا لترتيب معين(مثل خط تجميع المنتجات).

• الاعتماد العكسي: حيث يجب أن ينسق كل عضو مهامه مع مهمات كل عضو آخر بالمجموعة (مثل فريق التمريض).

حجم المجموعة وتكوينها

ويعد العدد (٥ – ١٠) أعضاء هو العدد المثالي لتنفيذ المهام التنظيمية المعقدة، والتي تتطلب تنوعاً في المهارات والمعارف والسلوكيات، والاشتراك الكامل في العمل. في المجموعات الكبيرة تقل مساهمة الأعضاء في العمل، ولهذا يجب أن يتدخل القائد بإجراءات تصحيحية لهذا السلوك، فيعرف الأدوار بشكل جيد، ويدير التشويش بشكل أحسن، ويظهر تقديره للآخرين بشكل أكثر. وتعمل الفرق بشكل أفضل عند تنافس أعضاء الفريق، ولكن منافسة بناءة. غير أنه يجب أيضًا تنسيق

المجهودات بين الأفراد، واستخدام قدراتهم وإستراتيجيات بناء الفريق بشكل أفضل. وتعمل المجموعات المتناسقة في تكوين أعضائها بشكل أفضل من المجموعات التي تضم أعضاء مختلفين بعضهم عن البعض، حيث قد يظهر صراع بينهم.

الإنتاجية والتماسك

والإنتاجية تعبر عن كيفية استخدام المجموعة للمصادر المتاحة لتنفيذ أهدافها وإنتاج الخدمات. فتتحقق إنتاجية الفريق عندما يتم الانتهاء من تقديم خدمات الرعاية بشكل مرضي، في ظل الموارد المتاحة من أعداد الممرضين، والمواد والمعدات والخدمات المساندة. وتعتمد الإنتاجية على ديناميكية عمل المجموعة، كتماسك وتعاون الأعضاء.

التماسك هو درجة تمسك الأفراد بالمجموعة، ومدى رغبتهم في المشاركة لإنجاحها. ويعتمد التماسك على تجانس القيم والتفضيلات والسلوكيات والخلفيات بين أعضاء المجموعة. وفي حالة درجات التماسك القوية يزداد الشعور بأهمية كلمه "نحن" عن كلمه "أنا"، كما تزداد درجة التعاون والدعم بين أعضاء المجموعة.

وقد تدعم أو تهدم المبادئ التي يتشارك الأعضاء فيها حول الأهداف التنظيمية، وهذا يعتمد على مدى تماسك المجموعة. وقد يدعم التماسك الأداء السلبي أو الإيجابي للإفراد، وذلك يعتمد على المبادئ الخاصة بالعمل لدى الأعضاء. وإذا انخفضت درجة التماسك قد تتفاوت درجة الإنتاجية. بالرغم من أنَ أغلب المجموعات تميل إلى حالة انخفاض الإنتاجية، إلا أن تعليم وممارسة الممرضين يدعمان من إمكانية تحقيق الأداء العالي.

وتميل المجموعات لأن تصبح أكثر تماسكًا عندما:

- يتشارك الأعضاء نفس المعتقدات والقيم.
- عندما يحفز الأعضاء عن طريق تشاركهم للأهداف والمهام.
- التفاعل في أثناء تنفيذ الأهداف والمهام.
- عندما يعمل الأعضاء بالقرب من بعض (كأن يتواجدوا بنفس الوحدة أو الوردية).
- تتشارك نفس الاحتياجات والتي يتم تلبيتها عن طريق مشاركة كافة الأعضاء.

ويتأثر تماسك المجموعة بنظام المكافآت الرسمية، حيث تزداد درجة التماسك عندما يحصل الأعضاء على معاملة ومرتب تفضيلي، وينفذون مهام متشابهة تتطلب التفاعل فيما بينهم، كما تزيد درجة التماسك في تشارك الأعضاء نفس القيم، والتعليم، والطبقة الاجتماعية، والنوع، والعمر، والديانة.

وقد ينتج عن التماسك ضغط اجتماعي. حيث قد تطالب المجموعات المتماسكة تطبيق مبادئ معينة، بغض النظر عن فاعليتها، أو إمكانية تحقيقها. وفي مثل هذه الحالات، يصعب على مدير التمريض التأثير على تلك المجموعات، خاصة إذا اختلفت قيم وتوقعات كل منها. مثلا إذا اعتاد ممرضو غرف العمليات الوصول معًا في نفس وردياتهم، ثم يبدؤون بالحديث معًا. وعلى العكس قد يعتقد مدير التمريض أن على الممرضين البدء بالعمل بمجرد توليهم مهام وردياتهم. كما قد تؤثر ديناميكية المجموعة على نسبة الغياب والاستقالة من العمل، حيث إن أكثر المجموعات تماسكًا يقل بها أعداد المستقيلين والغائبين.

ولأغلب الأفراد، يعد العمل الجماعي من أهم أنواع العقود الاجتماعية التي يقوم بها الفرد في حياته، حيث إن العمل بفرق ذات كفاءة يؤدي إلى زيادة الثقة المهنية للشخص، وتحسن نوعية عمله، وزيادة رضاه عن عمله. وقد يقدم العمل الجماعي حافزًا كبيرًا للأفراد حتى يذهبوا يوميا إلى العمل، حتى وإن قلت درجة رضا العاملين عن ظروف العمل وأداء المؤسسة.

ولا يؤدي العمل الجماعي إلى تنفيذ المهام فحسب، بل أيضًا يقدم الدعم للمبتدئين، فيمكنهم من امتلاك المهارات الأساسية ويجعلهم اجتماعيين، ويقدم لهم خبرة في أداء الأعمال الإكلينيكية والتدريس الإكلينيكي، وتحقيق الجودة والابتكار. وتؤثر العلاقات داخل العمل الجماعي على درجة رضا الطاقم عن عمله، وجودة الحياة العملية للأفراد، وجودة البيئة التي تقدم فيها خدمات الرعاية. ويلعب المديرون دوراً فعالاً في وضع توجيهات أداء الأعمال، وتحقيق كفاءة وفاعلية الأداء، وأيضًا يدعم المديرون العلاقات بين أداء المجموعة بغرض زيادة روح التعاون والتناسق بينهم.

التنمية والنمو

قد تقدم المجموعات أيضًا فرصاً تعليمية لتزيد مهارات وقدرات الأفراد. وقد تساعد المجموعات على تحسين الاختلاط والسلوك الاجتماعي للموظفين الجدد وذلك عبر تعليمهم مبادئ

العمل. ويجب أن ينشئ المدير المناخ الداعم لاكتساب المهارات الجديدة والمعلومات، فيجب أن يخلق بيئة تعليمية مدارة بواسطة المجموعات، وذلك عن طريق تشجيع المجموعات على تحسين مهاراتهم الشخصية والتقنية، أيضًا يمكن تنمية مهارات المجموعات عن طريق التدريب. ويزداد تماسك وفاعلية المجموعة بسبب حرص الأعضاء على تعليم بعضهم البعض، وحرصهم على العمل سويا للحصول على المعلومات والأدوات.

الحكم بالمشاركة

وتعد المشاركة في اتخاذ القرارات من أهم سمات مبادئ المشاركة في الحكم. حيث يتشارك الأعضاء والمديرون سويًا عملية اتخاذ القرار. هذا التشارك سيعزز من روح التعاون، والرضا الوظيفي، والإنتاجية، وتحسين جودة خدمات الرعاية. وقد أوضحت دراسة لهيس (٢٠١١) أن المديرين يدركون أهمية توزيع السلطة، والنفوذ، والشرعية، والتأثير في عملية اتخاذ القرارات أكثر من إدراك العاملين أنفسهم لذلك. وبينت دراسة أخرى أن ضغط العمل يعزز من فرص المشاركة في عملية اتخاذ القرار (MacPhee, 2010, War drop,& Campbell).

وتعد المشاركة في عملية اتخاذ القرارات أحد متطلبات الحصول على الشهادات الجاذبة، حيث تزيد المشاركة في الحكم من مشاركة الأفراد في عمل المؤسسة، ووضع خططها المستقبلية وزيادة انتماء الممرضين للمؤسسة.

كيف يكون مدير التمريض قائدًا للفريق؟

وتعد قيادة مدير التمريض للفريق أمراً حيوياً وذلك بسبب زيادة درجة اعتماد الممرضين بعضهم على البعض في تأدية المهام. والمناخ الإيجابي هو ذلك المناخ الذي يستطيع فيه أعضاء الفريق مشاركة آرائهم عن العمل بحرية، وانتقاد الممارسات الإكلينيكية، وتقديم اقتراحات لتحسينها. وتعد عملية بناء الفرق وخلق المناخ الإيجابي المناسب مهام صعبة وتحتاج إلى مهارات قيادية عالية.

التواصل

يعد التواصل من المهارات المهمة التي يجب أن يمتلكها المدير ليصبح قائدًا. وتوضح إحدى اللجان التي تجيز عمل المؤسسات، أن مهارات التواصل الضعيفة هي السبب في ٧٠٪ من الأحداث غير المتوقعة التي قد تؤدي إلى حدوث الوفاة أو الإصابة الخطرة (Joint Commission, 2011).

ويسهل مدير التمريض الكفء من عملية التواصل داخل المجموعة، وذلك عن طريق خلق مناخ حر يناقش خلاله الأفراد مخاوفهم واقتراحاته، ويمارسون فيه مهارات التفكير النقدي، ويحترمون ويثقون ببعضهم البعض فيه. ويجب أن يعزز القائد من عملية التواصل بين الأعضاء، وذلك عن طريق فتح قنوات التواصل بين الأفراد، والتركيز على المسائل الحيوية، وتعريف وإدارة الصراع، وتعزيز ذاتيه الأفراد، والحرص على مشاركة كافة الأعضاء بالمجموعة، واقتراح وسائل لمناقشة مشكلات المجموعة.

وتؤثر عملية التواصل على تماسك أعضاء المجموعة، حيث قد يتأثر أداء المجموعة بالسلب إذا قام المدير بالسيطرة على المعلومات، وقام بتحديد المعلومات التي تحصل عليها المجموعة، ومن الشخص الذي يحصل عليها، كما تتأثر المجموعة بالسلب إذا قام المدير بقطع المحادثات، وتغيير الموضوع المطروح للمناقشة، واحتكار المناقشة، وتجاهل المشكلات والاقتراحات.

وعلى العكس من ذلك يتحسن الأداء والرضا الوظيفي إذا قام المدير بمشاركة المعلومات بحرية، وشجع على التواصل، والمشاركة في عملية حل المشكلات. وبالمجموعات التشاركية، يكون لكل فرد الحق في الحصول على المعلومات ومشاركتها، والتواصل بحرية مع أي شخص وبقية أفراد المجموعة. ويكون المدير وأعضاء المجموعة على نفس الدرجة من الحرية في الحصول على المعلومات، وتقديم الاقتراحات والآراء. ويجب على المدير أن يمتلك مهارة إدارة الصراعات (انظر الفصل ١٢) ومهارات إدارة التغيير (انظر الفصل ٥) (MacPhee & Bouthillette, 2008).

تقييم أداء الفريق

ويعتاد المدير على تقييم الأفراد. ولكن لتقييم أداء الفرق على المدير أن يكتسب مهارات معينة. ويمكن تقييم الفرق عن طريق معايير نتائج خدمات الرعاية العائدة على المرضى، وطريقة عمل الفريق (Rosen *et al.*,2008). وقد تساعد بيانات نتائج خدمات الرعاية في تقييم الأداء مثل بيانات الأخطاء الدوائية، والانحراف عن الطرق والأهداف، وبيانات النتائج الإكلينيكية.

ويمكن تقييم طريقة عمل المجموعة عن طريق درجة التماسك، والمشاركة في الأعمال، والرغبة في مساعدة الأعضاء بعضهم لبعض. ومن صفات المجموعات غير المتماسكة العدائية، والتنافس، وتبادل اللوم، والانطواء، كما يعد استقرار الأفراد من أهم وسائل تقييم طريقة عمل المجموعة.

ويعد تشجيع الفرق على تحقيق أهداف المؤسسة من أهم مسؤوليات المدير. ويستطيع المدير زيادة انتماء الفرد لمجموعته عن طريق التفاخر بإنجازات الفريق، وتشجيع الأفراد على اكتساب مهارات جديدة والسماح بالقيام بالأنشطة الاجتماعية. ويتجاذب أعضاء المجموعة الذين حققوا نجاحات سابقة إلى بعضهم البعض أكثر من الأعضاء الذين لم يحققوا النجاح من قبل.

انظر كيف قام ممرض تولي مسؤولية مدير فريق مكون من أفراد من إدارات مختلفة بإدارة هذا الفريق في دراسة الحالة (١١-١).

دراسة الحالة (١١-١) إدارة الفرق المكونة من أفراد من خلفيات متنوعة:

ترقى بروس شابيرو ليصبح مدير تمريض لوحدة التعافي من الصدمات بأحد مستشفيات التأهيل الحكومية منذ ستة أشهر. وتقوم المنظمة بإعادة النظر في نظام تقديم خدمات الرعاية للمرضى وتهدف إلى تغيير طاقم عملها. وكان قديمًا يقوم الأطباء والمعالجون بتكوين فرق خاصة بهم، ويقومون بتقديم التقارير مباشرة لمدير قسم العلاج الطبيعي، أما الآن سيعاد تقسيم المعالجين ويقومون بتقديم التقارير مباشرة لمدير التمريض. وستصبح الفرق مسؤولة عن إعداد التقرير بدلاً من أن تكون مسؤولية الممرضين والمعالجين ومقدمي الخدمات الأخرى كل على حدة.

جانيس سيمبسون طبيبة علاج طبيعي منذ ٢٥ عاما، وتعمل بالمستشفى منذ ٦ سنوات. وكانت تعمل كقائد وردية أطباء العلاج الطبيعي، وذلك قبل تنفيذ النظام الجديد. والآن ستقوم جانيس بإرسال التقارير إلى بروس. تشعر جانيس بعدم الراحة من الوضع الجديد ويتملكها القلق من كيفية التعامل مع الممرضين وتحملها مسؤوليتهم.

كان بروس متحمسًا لمشاركة جانيس في قسم التعافي من الصدمات. وقام بروس بتنظيم اجتماعات فردية تجمع بين جانيس وثلاثة معالجين آخرين يعملون بالوحدة. واستمع بروس جيدًا لتوقعات طاقم العمل وأسئلتهم ومخاوفهم. وراجع بروس الوصف الوظيفي لعمل المعالجين ومعايير إعداد التقارير الخاصة بهم. وخلال اجتماعه مع طاقم العمل الكاملة قام بروس بتقديم المعالجين وأدوارهم ومسؤولياتهم لطاقم عمل التمريض، وقام بتعيين قائد لمقابلة المعالجين يوميًا ولمدة أسبوعين من بداية عملهم بالوحدة.

الدروس المستفادة: مدير التمريض مسؤول عن:

- فهم سياسات المنظمة لطاقم العمل الجديدة ودراسة أثرها على الوحدة.
- اكتساب معلومات متعلقة بالممارسات الطبية والعلاج الطبيعي.
- مساعدة المنتقلين حديثًا من مكان الى آخر، ومساعدتهم في الحصول على الاحترام والثقة.
- إخبار كافة طاقم العمل سياسات العمل الجديدة.
- إجبار الممرضين والمعالجين على الحضور في تدريب لتعليم طرق إعداد التقارير الجديد.
- التواصل مع الطاقم لاستقبال أسئلتهم عن التعويضات، وتقييم الأداء وجداول العمل.
- مراجعة تقارير عمل الطاقم الجديد.
- تسهيل التواصل بين المعالجين والممرضين لمشاركة المخاوف والمقترحات.
- تقديم تقييم ملائم لمدير إدارة التمريض عن كفاءة عمل الطاقم الجديد.

قيادة اللجان وقوات المهام

وغالباً ما تتواجد اللجان بشكل دائم، وتتعامل مع المشكلات المتكررة. وتحدد عضوية اللجان حسب المنظم ودور الشخص بالمؤسسة. اللجان الرسمية، هي جزء من المؤسسة، ولها سلطة ودور معين تقوم به. اللجان غير الرسمية، غالباً ما يكون الغرض منها هو مناقشة المشكلات، وليس لها سلطات معينة. قوات المهام هي لجان عادية ولكنها مسؤولة عن تنفيذ مهمة معينة خلال فترة زمنية معينة. وتعمل قوات المهام على المشكلات والمشاريع التي لا تستطيع المؤسسة التعامل معها باستخدام أنشطتها وهياكلها العادية. وغالباً ما تتعامل قوات المهام مع أكثر من قسم. وتقوم القوات بتقديم التوصيات أولاً، ثم تتفكك.

غالباً ما يتم اختيار الممرضين كقادة على لجنة أو قوة مهام ما. ويقوم قادة الفرق ومديرو الوحدات بحضور اجتماعات كثيرة. والقسم الآتي يقدم إرشادات للتعامل مع الاجتماعات.

ارشادات قيادة الاجتماعات

وبالرغم من أهمية الاجتماعات في تعزيز التواصل بالمؤسسة، إلا أنها يجب أن تقام بشكل رئيس من أجل حل المشكلات، واتخاذ القرارات، وتعزيز علاقات العمل. ويجب أن تكون الاجتماعات للأغراض الأخرى وغير المتفق عليها سابقاً مبررة بوضوح، ومن هذه الاجتماعات اجتماعات لأغراض التواصل، أو توضيح المعلومات. ويجب أن تتم إدارة الاجتماعات بشكل جيد، وأن تكون لها نتائج إيجابية. ولا يجب أن تنتج الاجتماعات تخريباً للعلاقات الشخصية، أو إحباط الآخرين، أو إرباكهم.

التحضير

ومفتاح النجاح الأول للاجتماعات هو الإعداد الجيد. ويجب تحديد الهدف من الاجتماع بشكل دقيق، كما يجب أن يحضر القائد أجندة يحدد فيها من عليه الحضور، وما وسائل الإيضاح المستخدمة وما التكليفات التي ستوزع على الحضور وما الوقت والمكان المناسبان لإقامة الاجتماعات. ويجب أن توزع الأجندة مسبقًا على المشاركين في الاجتماع قبل انعقاده بسبعة أو عشرة أيام، ويجب أن يذكر في الأجندة المواضيع التي ستتم مناقشتها، ومن سيكون المسؤول عن كل موضوع، وما العوائد المترتبة عن المناقشة في كل موضوع، والمدة الزمنية التي سينتهي فيها كل موضوع.

أحيانًا يكون من المفضل إقامة اجتماع مسبق للاجتماع الرئيس (Sullivan, 2013) ولكن هذه الخطوة تكون مهمة في حالة التنبؤ بحدوث خلافات داخل الاجتماع الرئيس. وفي الاجتماعات المبدئية يمكنك أن تتحدث مع عدد محدد من الأفراد لتعريف المشكلات، أو يمكنك الحديث مع متخذ القرار الذي يمتلك حق الاعتراض (Veto). أيضًا تستطيع مقابلة الأفراد الذين تتوقع أن يعترضوا على بعض نقاط الاجتماع الرئيس.

الحضور

عمومًا، يجب أن تشمل الاجتماعات أقل عدد من الأفراد المسؤولين عن عملية اتخاذ القرارات، والأفراد الذين لديهم الخبرة والمهارة للتعامل مع أجندة الاجتماع ، والأفراد الممثلين للمجموعات المتأثرة بعملية اتخاذ القرار. وقد يؤثر العدد الأقل أو الأكثر عن اللازم على كفاءة وفاعلية الاجتماع، أو اللجنة، أو قوات المهام.

المكان والوقت

ويجب أن تقام الاجتماعات في الأماكن التي يقل بها التشويش والمقاطعات، ويجب اختيار الوقت المحدد لفترة الاجتماع مثل الوقت السابق لراحة الغداء، وذلك لوضع قيود على المدة الزمنية للاجتماع. ويجب ان تستمر الاجتماعات لمدة ٥٠ – ٩٠ دقيقة فقط، إلا في الحالات المعقدة التي تحتاج إلى الاجتماع لفترة أطول. والاجتماعات التي ستستغرق أكثر من ٩٠ دقيقه يجب أن يكون بها وقت للراحة على الأقل كل ساعة. ويجب أن تبدأ وتنتهي الاجتماعات في الوقت المحدد لها، فالتأخر في بدء الاجتماع يعني أنك تعزز من تأخر المشاركين على الحضور، ومعاقبة الحاضرين في الوقت المحدد. وإذا تمت معاقبة المتأخرين عن الحضور سيحترم الجميع مواعيد الاجتماعات. إذا كان القائد هو من سيتأخر، فعلى المنسق أن يبدأ الاجتماع .

سلوكيات الحضور

قد يكون سلوك أعضاء الفريق إيجابياً أو سلبياً أو محايداً ، وهذا يعتمد على أهداف المجموعة. قد يشارك العضو بالاجتماع بصورة محدودة، أو يستخدم مجموعته لتحقيق مصالح

شخصية. قد يتحمل بعض الأعضاء القسم الأكبر من المسؤولية مما يعزز من سلوك الأفراد في عدم المشاركة بفاعلية في الاجتماع . ويجب على أعضاء المجموعة أن يقوموا بالآتي :

- الاستعداد للاجتماع، وقراءة أجندة الاجتماع جيدًا.
- طلب الإيضاح إذا كانت إحدى النقاط مبهمة.
- تقديم الاقتراحات والأفكار.
- تشجيع الآخرين على المشاركة بآرائهم وأفكارهم.
- تقديم نقد بناء.
- المساعدة في إبقاء النقاش في السياق المحدد له.
- المساعدة في تنفيذ ما تم الاتفاق عليه بالاجتماع .

هذه السلوكيات تسهل من أداء المجموعة، فيجب أن يعرف الحضور السلوكيات المحببة قبل حضور الاجتماعات، وذلك من أجل تسهيلها. ويجب أن يتفهم الحضور أنهم يتولون مسؤولية إنجاح الاجتماعات.

ويستطيع القائد أن يحافظ على فاعلية الاجتماعات، وذلك من خلال منع أحد المشتركين من الاستيلاء على الحديث، والفصل بين التقييم وعملية خلق الأفكار، وتشجيع الأفراد على تطوير أفكار الآخرين (العصف الذهني) وتسجيل الآراء والمشكلات والحلول على لوحة كتابة، والتأكد من فهم الحضور، ، وتلخيص المعلومات، وتشجيع المناقشات، والسماح بالاعتراضات ومناقشتها. والقائد مسؤول أيضًا عن إظهار الأجندات الخفية للأفراد (المصالح الشخصية للأفراد). وإظهار الأجندات الخفية يساعد الآخرين أما على الاشتراك بإيجابية فيها لتحسين أداء المجموعة، أو لتحييد هذه الأجندة. والصندوق (١١-١) يوضع إرشادات للقائد من أجل إدارة الاجتماعات بفاعلية.

الصندوق (١١-١). إرشادات للقائد من أجل إدارة الاجتماعات بفاعلية.

- بداية الاجتماع ونهايته يجب أن تكون في الوقت المحدد.
- خلق مناخ يتسم بالأمان، وعدم التهديد، وتقبل آراء الآخرين.
- ترتيب أماكن الجلوس لتقليل الاختلافات في السلطة، وزيادة مشاركات الأعضاء، والسماح بجعل جميع الحضور مرئيين (ترتيب أماكن الجلوس على شكل حرف U).
- استخدام وسائل الشرح المختلفة.
- توضيح كل المشكلات.
- التشجيع على تعاون أعضاء المجموعة.
- توضيح الأهداف المطلوب تحقيقها.
- المحافظة على تركيز الحضور.
- مناقشة كل نقطة على حدة، وفي إطار زمني معين.
- التشجيع على حل المشكلات.
- توزيع الوقت على خطوات حل المشكلات.
- تشجيع المشاركة في الاجتماع .
- التشجيع على طرح الأفكار.
- التشجيع على التفكير في آثار الأفكار الجديدة.
- تقييم المحادثة.
- تلخيص المناقشة.
- الانتهاء من رسم خطة العمل اللازمة لتنفيذ القرارات المترتبة على هذا الاجتماع .
- تحديد موعد لمتابعة سير العمل.

إدارة قوات المهام

هناك فروق بسيطة بين قوات المهام واللجان الرسمية. مثلاً، يمتلك أعضاء قوات المهام وقتاً محدوداً لبناء علاقات مع بقية الأعضاء، وذلك لأن فترة عمل القوات محددة، كما قد لا توجد رغبة في إقامة علاقات اجتماعية مع بقية الأعضاء. ويعبر تشكيل قوات المهام عن فشل المؤسسة في حل المشكلات غير التقليدية. هذا التفسير قد ينتج عنه حدوث خلافات بين أعضاء القوات، وبين الأعضاء وبقية وحدات المؤسسة. غالباً ما يكون أعضاء القوات من أماكن عمل مختلفة، ولهذا فهم مختلفون في القيم والأهداف والرؤى. ويواجه القائد تحديا لتعريف أعضاء القوات بعضهم ببعض، وخلق روابط بينهم البعض لتسهيل أداء المهمة.

الاستعداد للاجتماع الأول

قبل عقد الاجتماع الأول لقوات المهام يجب على القائد أولاً تعريف الأهداف، والنتائج، وطرق قياسها، والعضوية، ووقت إنهاء المهمة، ومن سيحصل على تقارير عمل القوة، وحدود سلطة قوات المهام وميزانيتها، والبيانات المتاحة لها، وطريقة اتخاذ القرارات. ويجب أن يتواصل القائد مباشرة مع الإداري أو الهيكل الإداري، الذي شكل قوات المهام، من أجل الإبلاغ عن أداء الأعضاء.

يجب أن يتم اختيار أعضاء قوات المهام بناءً على معارفهم، ومهاراتهم، وأوقات تفرغهم، واهتمامهم بالمهمة، ومسؤولياتهم التنظيمية. ويجب أيضًا أن يتم اختيارهم على أساس مهاراتهم الشخصية في التعامل مع الآخرين. ويجب الاستعانة بالأفراد الذين يتمكنون من مساعدة الآخرين على إتمام المهام. ويمكن للقائد إضافة شخص أو اثنين من المعارضين لعمل قوات المهام، وذلك من أجل تغيير وجهة نظرهم، ومشاركتهم في اتخاذ القرارات، وكسب تأييدهم. وإذا ناقش القائد عدداً من الأعضاء قبل القيام بالاجتماع الأول فسيتمكن من فهم توقعاتهم ومخاوفهم ومشاركاتهم المحتملة، ويمكن ذلك أيضًا القائد من تعريف الاحتياجات، وإمكانيات حدوث صراعات في المستقبل، ثم يقوم ببناء جسور الثقة بين الأعضاء.

إدارة الاجتماع الأول

ويتمثل الهدف من الاجتماع الأول في توضيح المهمة التي سينفذها الأعضاء، وتعريف إجراءات عمل المجموعة، وعلاقات أفرادها. وتعتمد قوات المهام على مبادئ عمل المؤسسة. يجب على القائد أن يجيز ويشجع النقاشات بين أعضاء قوات المهام والأفراد الآخرين خارج المجموعة، وذلك لتعريف أهمية قوات المهام.

ويجب تحديد معايير مشاركة الأعضاء في العمل في أثناء الاجتماع الأول. يجب أن يبقى القائد محايدا في الاجتماع، وعليه ألا يقوم باتخاذ قرارات غير رشيدة. ويجب تحديد العلاقات بين الأعضاء والمجموعات الأخرى وبقية المؤسس، كما يجب تحديد قواعد التواصل، ومبادئ اتخاذ القرارات، وطرق حل الصراعات.

إدارة الاجتماعات التالية

أثناء إدارة قوات المهام، وفي حالة تقسيمها إلى عدد من المجموعات الصغيرة يجب أن يحدد القائد مواعيد محددة للاجتماع ، من أجل إبقاء الأعضاء على الاطلاع على سير عمل المجموعة. وإذا كانت قوات المهام كبيرة العدد يجب تقسيمها إلى مجموعات صغيرة. يجب ألا ينحاز القائد إلى إحدى المجموعات. يجب أن تحدد الفترة الزمنية التي ستعمل بها قوات المهام. يجب أن تتمكن قوات المهام والمجموعات التابعة لها على الانتهاء من المهام في الوقت المحدد. على القائد أن يلعب دوراً رئيساً في تعليم الأعضاء كيفية الانتهاء من الأعمال في هذه الفترة.

على القائد ان يشجع على الانتماء لقوات المهام، وعليه أن يمنع الصراعات المؤثرة على هذا الولاء. من أهم مسؤوليات القائد أن يتشارك المعلومات مع أعضاء قوات المهام، ومع المؤسسة ، وذلك وفقا لمواعيد محددة. على القائد أن يتقبل تعليقات ممثلي المؤسسة في أثناء تأدية قوات المهام لعملها.

إعداد تقرير عمل قوات المهام

عند اقتراب الانتهاء من المشروع على قوات المهام إعداد تقرير ورقي للإدارة تذكر فيه التوصيات والنتائج. ويجب أن توزع مسودة هذا التقرير على الآخرين. ومن أجل تجنب السلوك الدفاعي على القائد أن يعرض موجزاً عن التقرير للإداريين، حتى يتمكن من الاستجابة لهذا التقرير قبل تقديم ملاحظات وتوصيات عليه. ويمكن للقائد أن يشرك عدداً من قوات المهام في عرض التقرير على الإدارة.

مؤتمرات رعاية المرضى

تعقد هذه المؤتمرات لمناقشة احتياجات المرضى. ويحدد الهدف من المؤتمر نوعية الحاضرين والمشاركين فيه. والاجتماعات التي تركز على المرضى يحضرها أفراد من خلفيات وظيفية مختلفة لمناقشة مشكلات محددة تطرأ على رعاية المرضى. مثلاً، يناقش فريق به أعضاء ذوو خلفيات وظيفية مختلفة أسباب فشل نظام تأهيل المرضى المنزليين، وما خطط تجنب هذه المشكلات.

ويمكن أن يشارك الممرض في تحسين جودة الخدمات المقدمة لمرضى متعددين وعائلاتهم، مثلاً قد ينظم مدير التمريض اجتماعًا مع أطباء الرعاية الأولية ومديرين آخرين لمناقشة إستراتيجيات تقليل فترة إقامة المرضى بالمستشفى، وتحسين التعاون بين عيادات الرعاية الخارجية.

وقد لا يكون قائد المؤتمر هو المدير المسؤول عن تقديم خدمة ما، أو تقييم أو توظيف أو الإشراف على الموظفين. في الواقع من الأفضل أن يكون الممرض هو قائد هذه النقاشات، لأنه هو الأكثر تعاملاً مع المرضى. وعلى القائد أن يكون معلمًا ومدربًا ومسهلاً لأداء الأعمال، ولهذا يجب على قائد الفريق أن يمتلك مهارات قيادية ممتازة. وتختلف مهمة القائد حسب اختلاف المهمة ومستوى خبرات أعضاء الفريق.

قد يكون الممرضون قادة وأعضاء بالفريق. ويجب على الممرض أن يتعرف على كيفية عمل المجموعات والفرق، وذلك للمشاركة في إنجاح المؤسسة وتعزيز مستقبل مهنته، وزيادة الرضا الوظيفي.

الخلاصة :

- المجموعة هي عدد من الأفراد الذين يتفاعلون ويؤثرون بعضهم على البعض.
- قد تكون المجموعة رسمية، أو غير رسمية، مؤقتة، أو دائمة.
- الفرق هي مجموعة من الأفراد الذين لديهم مهارات مكملة لبعض، وهدف مشترك.
- يهدف بناء الفرق لتحقيق الأهداف والمهام وتحسين العلاقات الشخصية بين الأعضاء.
- تنجح أنشطة بناء الفرق إذا تم تنفيذ ما يتم تعلمه في أثناء ممارسة الوظيفة.
- إدارة الفرق تعتمد على المهمة، وحجم المجموعة، وتكوينها، والإنتاجية، والتماسك، والنمو، ومشاركة الحكم.
- تؤثر مهارات اتصال القائد على إنتاجية وأداء الفريق.
- تشمل إدارة الاجتماعات الآتي : التحضير السابق، وتسهيل المشاركة، وتنفيذ أعمال المجموعة.

أدوات بناء وإدارة الفرق:

- لاحظ كيف تعمل المجموعات المحيطة بك. استخدم أفضل نموذج لها وطبقه على مجموعتك.
- راقب القائد الكفء. حدد المهارات التي تحتاجها لإنجاح نمط قيادتك.
- يمكنك تحسين مهارات قيادة الفريق باتباع النصائح السابق ذكرها بالفصل.
- حضر نفسك لقيادة الاجتماعات.
- ارسم خطة لتعزيز مهاراتك القيادية.

التقويم :

- عرف المجموعات التي شاركت فيها في أثناء عملك أو تعليمك. ما اختلافات وتشابهات كل مجموعة؟

- قدم نموذجًا للقيادة الفعالة للمجموعة والقيادة الفاشلة للمجموعة.
- قيم أداءك القيادي. وكيف يمكنك تطوير مهاراتك القيادية؟
- هل شاركت في عملية بناء الفريق؟ هل كان فريقًا فعالاً ؟
- ما دورك في الاجتماعات؟ ما الدور الذي تفضل أن تلعبه بالاجتماعات؟ اذكر السبب.

المراجع

Henriksen, K., Battles, J. B., Keyes, M. A., & Grady, M. L. (Eds.), (2008). *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches (Vol. 3: Performance and tools)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Hess, R. G. (2011). Slicing and dicing shared governance. *Nursing Administration Quarterly, 35*(3), 235–241.

Hill, K. S. (2010). Building leadership teams. *Journal of Nursing Administration, 40*(3), 1031–1035.

Homans, G. (1950). *The human group.* New York: Harcourt.

Homans, G. (1961). *Social behavior: Its elementary forms.* New York: Harcourt.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2011). Root causes for sentinel events. Retrieved July 8, 2011 from http://www.jointcommission.org/Sentinel_Event_Statistics/

King, H. B., Battles, J., Baker, D. P., Alonso, A., Salas, E., Webster, J., Toomey, L., & Salisbury, M. (2008). TeamSTEPPS: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. Retrieved December 12, 2011 from http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances2/vol3/Advances-King_1.pdf

MacPhee, M., & Bouthillette, F. (2008). Developing leadership in nurse managers: The British Columbia Nursing Leadership Institute. *The Canadian Journal of Nursing Leadership, 21*(3), 64–75.

MacPhee, M., Wardrop, A., & Campbell, C. (2010). Transforming work place relationships through shared decision making. *Journal of Nursing Management, 18*(8), 1016–1126.

McKeon, L. M., Cunningham, P. D., & Detty Oswaks, J. S. (2009). Improving patent safety: Patient-focused, high-reliability team training. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(1), 76–82.

Rosen, M. A., Salas, E., Wilson, K. A., King, H. B., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Robinson, D. W., & Birnbach, D. J. (2008). Measuring team performance in simulation-based training: Adopting best practices for healthcare. *Simulation in Healthcare, 3*(1), 33–41.

Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S. J., & King, H. (2008). Does team training work? Principles for health care. *Academic Emergency Medicine, 15*(11), 1002–1009.

Steiner, I. D. (1972). *Group process and productivity.* New York: Academic Press.

Steiner, I. D. (1976). Task-performing groups. In J. W. Thibaut, J. T. Spence, & R. C. Carson (Eds.), *Contemporary topics in social psychology* (pp. 94–108). Morristown, NJ: General Learning Press.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action.* New York: McGraw-Hill.

Wilhelmsson, M., Ponzer, S., Dahlgren, L. O., Timpka, T., & Faresjö, T. (2011). Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? *BMC Medical Education*. Retrieved July 8, 2011 from http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/15

الفصل الثاني عشر

التعامل مع الصراعات

الصراع

الصراعات بين شاغلي المناصب المختلفة

نموذج إدارة الصراع:

- الظروف السابقة
- الصراعات الناتجة عن التصورات السابقة والعواطف
- سلوكيات الصراع
- إحباط أو حل الصراعات
- النتائج

إدارة الصراعات:

- ردود الفعل الناتجة عن الصراع
- إستراتيجيات فيلي (Filley's Strategies)
- الإستراتيجيات البديلة للجدل

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي:

- كيف يكون الصراع إيجابياً أو سلبياً؟
- كيف تساعد الصراعات في ظهور الحاجة إلى التغيير؟
- ما مكونات الصراع؟
- كيف يمكن إدارة الصراعات؟
- ما الوسائل المختلفة لإدارة الصراعات؟

الصراع

تعد الصراعات والخلافات أمراً طبيعياً، ولا يمكن تجنبه بالمؤسسات الصحية، وأغلب تعاملات المدير تكون مع الصراعات المختلفة بالمؤسسة. ويعد الصراع شرطًا رئيس التحفيز الأفراد والمؤسسات على التغيير.

والصراع هو نتيجة للاختلافات في الأهداف والقيم والأفكار والسلوكيات والمعتقدات والمشاعر والأفعال وقد تكون هذه الاختلافات :

١) داخل الفرد الواحد (الصراع الداخلي). ٢) بين فردين أو أكثر (خلاف بين الأشخاص). ٣) داخل المجموعة (خلافات داخلية). ٤) بين مجموعتين أو أكثر (خلافات بين المجموعات). ويعد الصراع أمراً ديناميكياً، حيث يمكن أن يكون إيجابياً أو سلبياً، صحياً أو هداماً.

ويفيد القدر القليل من الصراعات هيكل المؤسسة، إذ يثير الصراع حول مسألة ما اهتمام الآخرين وفضولهم. أيضًا قد يكون الصراع حافزًا للإبداع، فيتم تحفيز الآخرين على خلق أفكار جديدة لحل المشكلات القائمة. وتساعد الخلافات حول اختيار خدمة أو تقنية جديدة على إظهار الجانب الإيجابي والسلبي وفوائده وتكاليفه.

كما يساعد الصراع على إظهار الاختلافات المشروعة بالمؤسسة، أو بمنصب ما، وهو ما يشكل حافزا على تحسين الأداء والفاعلية والرضا. مثلا: فإن الخلافات بين المجموعات المختلفة تجعل أعضاء المجموعة الواحدة أكثر تماسكًا والتزامًا بتنفيذ المهمة، بينما يؤدي الصراع إلى قطع التواصل بين المجموعات الأخرى.

ويحدث التنافس بين المجموعات عندما تريد مجموعتان أو أكثر تحقيق نفس الأهداف، ولكن واحدة فقط هي التي تستطيع الوصول إليه. فيلي (١٩٧٥) يعرف **الصراع التنافسي** بأنَه الربح المتحقق لأحد الفرق، وفي نفس الوقت هو الخسارة المتحققة للفرق الأخرى. وفي هذه الحالة يمكن حل الصراع عن طريق وضع عدد من القواعد، فيمكن تعزيز قيمة الأهداف التي لا تتنازع عليها المجموعتان، ويزيد التأكيد على أن الشخص الرابح لا يعني أن الآخرين خاسرون. وبهذا إذا فاز أحد الأطراف، فإن المنافسة ستنتهي.

أما الصراع الهدام فهو على العكس لا يمكن حله عن طريق القواعد، ولا يعزز قيمه الفوز. ويركز الطرفان على هزيمة وإزاحة بقية الخصوم. ويتواجد مثل هذا النوع من الصراع في البيئات التي يحكمها الخوف والغضب والضغط.

الصراعات بين شاغلي المناصب المختلفة

يعمل المرضون بوظائف يزيد فيها الضغط العصبي، وغالباً ما يختلف المرضون مع الموظفين الآخرين بالمؤسسات الصحية، ومع الزملاء، ومع الإداريين. ويعد عدم احترام مواعيد الآخرين من أكثر أسباب الصراع شيوعًا، ولهذا يجب تحديد مواعيد محددة للدوريات مع الطبيب (مثلاُ :تحديد موعد مع الطبيب الساعة ١:٠٠) ومع الممرضين (في ١:٣٠)، ومع العامل الاجتماعي(بالعاشرة صباحًا) وهكذا. ومن المهم تحديد المواعيد وفقًا لما يتناسب مع سير عمل كل وظيفة، وبهذا تقل الصراعات بين الأشخاص الذين يشعرون أن الآخرين لا يقدرونهم، ولا يحترمونهم.

ومن أكثر الفئات التي يحدث بينهما صراع الأطباء والممرضون (Leever *et al.*، 2010).مثلاً: قد ينهي الطبيب تصريح خروج مريضٍ ما، ولكن قد لا يرى الممرض أنَه الوقت الصحيح لإخراج المريض من المستشفى، لأنه لا يعرف كيفيه متابعة أدويته ومواقيت تعاطيها، كما قد يرى الطبيب المعالج الطبيعي أن المريض مازال غير قادر على المشي بمفرده، وليس من الآمن أن يخرج من المستشفى في الوقت الحالي.

ويمكن أن يدرب مدير التمريض طاقمه على كيفية التعامل مع الصراع المهني، وتحويل هذا الصراع لصالح المريض، وذلك عن طريق :

- استخدام الحقائق في تأييد رأيك.
- أن يكون حديثك لصالح الحالة الصحية للمريض.
- ما الفعل الأفضل لمساعدة المريض.
- لا ترتكز في حديثك على وجهة نظرك الشخصية.

ومن المتوقع زيادة احتمال حدوث صراعات عند تحميل أكثر الأفراد فعالية ولكنهم أقل تكلفة مسؤولية تقديم الخدمات التي لا تليق بهم (Webb, 2010). مثلاً: قد يتحمل الممرض عدداً من الأعمال

الروتينية كالاهتمام بالإصابات الطفيفة، وأمراض الالتهابات البسيطة، والاختبارات الطبية العادية للرياضيين. ويحدث ذلك بسبب انخفاض تكلفة هؤلاء الممرضين، واعتبارهم أكثر وفرة (وغالباً ما يتم ذلك في العيادات المقدمة لخدمات رعاية جزئية). وتحدث الصراعات بين الممرضين والأطباء حول من يجب أن يقدم هذه الخدمات، والحصول على تعويضات مقابل تقديم تلك الخدمات.

وبحثت كثير من الدراسات في طريقة تعامل الممرضين مع الصراعات. وقام ويتورث (٢٠٠٨) باختبار العلاقة بين شخصية الممرض وكيفية تعامله مع الصراعات، واستخدم ويتورث أداة توماس كيلمان (Thomas & Kilmann, 1974) في بحثه، ولكنه أثبت أنه لا توجد علاقة ارتباط إحصائية بين المتغيرين، واقترح ويتورث أن البيئة أكثر تأثيرًا على الأفراد من شخصيتهم في افتعال الصراعات.

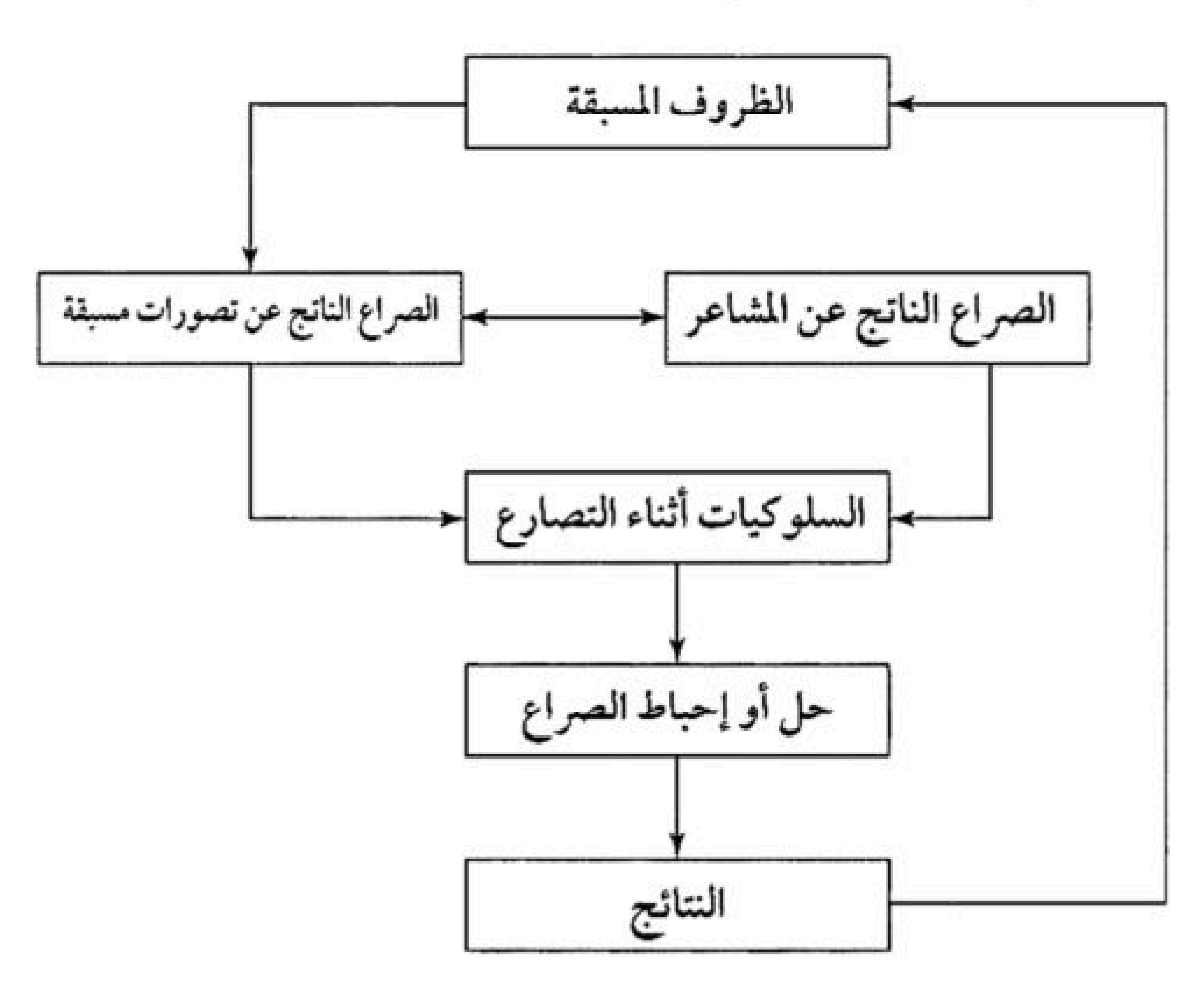
وباستخدام نفس الأداة، اختبر موريسون (٢٠٠٨) العلاقة بين الذكاء الشعوري للممرضين الأكفاء وكيفية تعاملهم مع الصراعات. وتم قياس الذكاء الشعوري عن طريق أربعة متغيرات هي: الإدراك الذاتي، والإدارة الذاتية، والإدراك الاجتماعي، والعلاقات مع أصحاب المستويات الإدارية. وأثبتت الدراسة وجود علاقة ارتباط قوية بين الذكاء الشعوري مع روح التعاون، وعلاقة ارتباط سلبية مع الاستيعاب.

كما تمت دراسة الصراع والنتائج المترتبة عليه. وقارنت دراسة ما بين كيفية تعامل المجموعات مع الصراعات وبين أداء ورضاء هذه المجموعة (Behfar et al., 2008). ووجد الباحثون أنَ هناك ثلاثة حلول لصراعات تقلل من عدم الرضا الوظيفي، وتزيد من أداء الأفراد وهي: التركيز على أسباب الصراع وليس أسلوبه، وإقامة مناقشات مفتوحة عن تكليفات العمل، ومنح التكليفات بناء على الخبرة وليس التطوع أو الملاءمة. ووجد كول وبيدن وبرش (٢٠١١) أنّه لا توجد علاقة مباشرة بين شخصية القائد وأداء الفريق، وبناء على هذا استنتجوا أن تعزيز الفريق وتمكينه يحسن من أداء الفريق.

نموذج إدارة الصراع

قدم العديد من الباحثين نماذج لاختبار الصراعات (Pondy, 1967; Filley, 1976,Thomas, 1975). وقدمت هذه النماذج إطارًا عامًا يمكن من خلاله تفسير كيفية حدوث الصراع، ولماذا يحدث، وكيف يمكن حله بأقل قدر ممكن من السلبيات والعواقب.

وتتطور الصراعات وطرق حلها وفقًا لعملية معينة (انظر الشكل ١٢-١). وتبدأ عملية الصراع عن طريق ظروف متواجدة مسبقًا (الظروف السابقة antecedent conditions). ويتأثر الأفراد بعواطفهم وتصوراتهم السابقة عن أوضاع معينة (الصراعات الناتجة عن التصورات والعواطف perceived or felt conflict). ثم يحل الصراع أو يحبط، ثم تظهر النتائج المترتبة على الصراع سلوكيات ومشاعر جديدة بين الأفراد.



الشكل (١٢-١). عملية الصراع.

الظروف السابقة

تتزايد حدة الصراعات بسبب الظروف السابقة. وتدفع الظروف السابقة إلى حدوث صراعات بغض النظر عن أنها هي السبب في حدوث الصراع أم لا. وتشمل الظروف السابقة في مجال التمريض الآتي: تضارب الأهداف، واختلاف القيم والمعتقدات، والاعتماد المتبادل في أداء المهام (وتحدث الصراعات بشكل خاص في حالات التبعات غير المتناسقة للمهام، وهي أن يعتمد تقديم شخص ما لمهمة على شخص آخر، ولكن الشخص الآخر لا يعتمد على الأول) والأدوار المبهمة، والتنافس على الموارد النادرة، والآليات المتباعدة والمختلفة، والآليات الموحدة.

تضارب الأهداف

وهو من أكثر الظروف شيوعًا لحدوث الصراعات. وكما ذكر في الفصل الثاني، فإن الأهداف تنتج السلوكيات المطلوبة لتحقيقها. وتحدث الصراعات حتى حول الهدف الأساسي للمؤسسة الصحية، وهو تقديم خدمات رعاية صحية بصورة فعالة وبأقل تكلفة ممكنة، ولا يمكن تجنب هذه الصراعات بسبب اختلاف نظرة الأفراد لهذا الهدف.

ويعد التضارب بين أهداف مقدمي خدمات الرعاية والطرف المتحمل لتكليف هذه الخدمات أحد أمثلة تضارب الأهداف، فيهدف مقدمو الرعاية إلى تعظيم جودة الخدمات التي يقدمونها، بينما يهدف الدافعون إلى تقليل التكاليف.

قد ترغب المؤسسة في تحقيق أهداف مختلفة مثل تقديم خدمات الرعاية للمرضى بتكلفة يمكن تحملها، وتحقيق الرضا الوظيفي للموظفين. هذه الأهداف لابد لها من أن تتضارب، ولهذا على المؤسسة أن تحدد أولوية تلك الأهداف. ويعد تحديد الأولويات من أكثر الأمور صعوبة التي يجب على المؤسسة مواجهتها. ولأن تحديد الأهداف أمر ضروري لتحديد وتوزيع الموارد فإن هذا يصبح سببًا رئيساً للصراع.

وكذلك الأفراد، فللفرد الواحد عدة أهداف قد تتضارب مع أهداف الآخرين. ويمتلك الأفراد موارد محدودة مثل الوقت، وباستخدام مبدأ الأولويات سيتم تحقيق هدف معين في مقابل التخلي عن بعض الأهداف الأخرى. ويعد عدم القدرة على تحقيق الأهداف، شخصية كانت أم تنظيمية، سبباً من أسباب حدوث الصراع.

تضارب الأدوار

وتتحدد الأدوار مثلما تتحدد توقعات الأفراد حول السلوكيات والمواقف. وتصبح الأدوار غير واضحة عندما تتضارب المسؤوليات المشتركة بين فرد ما أو أكثر، حيث قد تتضارب مسؤوليات المدير كأحد موظفي الإدارة مع مسؤولياته كأحد أعضاء طاقم العمل. وقد يؤدي التضارب في التوصيف الوظيفي والمسؤوليات والتكليفات إلى حدوث صراعات. مثلا: قد يحدث صراع بين الممرض والعامل حول من عليه توصيل المريض إلى قسم الأشعة.

وتسبب المهام المعتمدة على مهام أخرى حدوث صراعات. مثلا: فإن مهام التمريض وتنظيف الغرف معتمدة على بعضها البعض. لا يستطيع العامل تنظيف الغرفة إلا بعد قيام الممرض بتسريح المريض من المستشفى. أيضًا فإن الاعتماد المتبادل قد يأخذ شكل الاعتماد المتبادل في ورديات العمل، أوبين أعمال الممرض والطبيب. وتؤدي هذه العلاقات المتبادلة إلى حدوث صراعات.

الصراع الهيكلي

يعد الصراع الهيكلي من أكثر الصراعات شيوعًا بالمؤسسات. وغالباً ما يحدث صراع بين العلاقات الهيكلية (بين المدير لموظفيه، أوبين الأنداد) وذلك الصراع يحدث بسبب سوء عملية التواصل بين الطرفين، والمنافسة على الموارد، وتعارض المصالح، وعدم تشارك التصورات والسلوكيات بين الطرفين. ويحدث الصراع الهيكلي عندما يتابع مدير التمريض شكوى مريض ما من خدمات التمريض، عن طريق قيامه بإعادة تدريب أو توجيه الممرض لعمله مرة أخرى. قد يؤدي هذا الموقف إلى جعل الممرض يأخذ سلوكاً دفاعياً، ويتجادل مع المدير بشأن هذه الشكوى. وقد يقوم المدير باستخدام سلطات منصبه. وسلطة المنصب هي السلطة التي تستمد من تولي مهام منصب معين، فمثلا منصب مدير تمريض المستويات الإدارية العليا له سلطات أعلى من مدير التمريض العادي.

التنافس على الموارد

قد يكون التنافس على الموارد داخليا (بين الوحدات المختلفة داخل المؤسسة) أو قد يكون خارجيًا (بين المؤسسات المختلفة).وداخليا قد يتسبب الصراع بسبب اتخاذ قرارات مثل نقل طاقم العمل من وحدة إلى أخرى، أو شراء معدات طبية ومنحها لوحدة ما بينما بقية الوحدات تحتاج إلى تعيين عدد أكبر من الموظفين.

أما خارجيًا، فتتنافس المؤسسات على موارد خارجية مثل تحول مؤسسة رعاية إلى تقديم خدمات رعاية صحية لكبار السن. وتستخدم المؤسسات طرقاً جديدة لتقديم خدمات جديدة واتباع طرق دعاية جديدة، وذلك حتى تضمن الحصول على جزء من سوق خدمات الرعاية الصحية.

المعتقدات والقيم

وتؤدي الاختلافات في القيم والأخلاق إلى حدوث صراعات بداخل مؤسسات الرعاية الصحية. وتنتج القيم والمعتقدات من خبرات الأفراد الاجتماعية المختلفة، فيحدث الصراع بين

الممرضين والأطباء، وبين الممرضين والإداريين، وبين الممرضين أصحاب الشهادات العليا، والممرضين المتخرجين من معاهد تمريضية. ويحدث هذا الصراع غالباً بسبب اختلاف القيم والمعتقدات والخبرات.

ويساهم التمايز والآليات المتباعدة في تقسيم المجموعات إلى أقسام صغيرة مستقلة بذاتها وهو ما يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث الصراع. ويؤدي هذا السلوك إلى ظهور ألفاظ تمييزية مثل: "نحن – هم". ومن أمثلة الصراعات الناتجة عن التمايز الصراعات التي تتم بين الممرضين والأطباء. أيضًا قد يحدث تمايز بين فريق تمريض وحدة الرعاية الحرجة وفريق تمريض الأدوار الطبية العادية، وبين ممرضي الوردية المسائية وممرضي الوردية الصباحية، وبين الممرضين والمساعدين. وقد يحدث التمايز بين الوحدات المختلفة بسبب اختلاف الهيكل التنظيمي. قد تكون الوحدات الإدارية ذات طبيعة روتينية أكثر، وقد تعمل وحدات التمريض بشكل أكثر احترافية ومهنية، وتعمل وحدات الأطباء وفق هيكل مختلف تماماً عن الآخرين. وقد يكون الأطباء غير الموظفين بالمؤسسة أكثر استقلالاً من بقية العاملين بها.

وقد يتم استخدام آليات موحدة عندما تزداد ألفة وتماسك طاقم العمل. قد يتوافق الممرضون على إجراء معين، ولكن قد يحدث صراع بينهم إذا تم إجبارهم على الخضوع لقرار تجميعهم في مجموعة ما، وقد يؤدي ذلك إلى عدم امتثالهم إلى هذا الإجراء. وقد يحدث صراع بين الممرضين عندما يصبح مدير التمريض صديقًا لبعض أعضاء الطاقم.

الصراعات الناتجة عن التصورات السابقة والعواطف

وتحدث الصراعات الناتجة عن التصورات والعواطف السابقة بسبب اختلاف تصورات ورؤى البعض حول موقف أو موضوع معين، أو بسبب سوء فهم أو تبرير مواقف الآخرين، أو بسبب اتخاذ موقف معين بناءً على معلومات غير وافيه. وتشير الصراعات الناتجة عن التصورات إلى اختلاف رؤى الأفراد لمواقف الآخرين، أما الصراعات الناتجة عن المشاعر فهي تشير إلى المشاعر السلبية بين طرفين أو أكثر. وتتسم هذه الصراعات بعدم الثقة والعنف والخوف.

ويشرح الموقف التالي كيفية حدوث مثل هذه الصراعات: عمل مدير تمريض ما مع أحد الجراحين لسنوات طويلة. وكلاهما يحترم قدرات ومهارات الآخر، كما يتواصلان معًا بشكل

مستمر، ولكن عندما حدث صراع بين مرؤوسيهم أصبح الجراح ومدير التمريض طرفين متصارعين ولكنهما اتفقا على حقيقة واحدة، وهي أن المريض لا يحصل على خدمات رعاية مناسبة له. والآن افترض نفس السيناريو السابق، ولكن بافتراض أن الجراح ومدير التمريض لم يتعاملا مباشرة مع بعض من قبل، أو إذا شعر أحدهما بأنَ الطرف الآخر لن يحاول حل المشكلة.

في الحالة الأولى (الصراع الناتج عن تصورات مسبقة) أدت معرفة واحترام الطرفين لمهارات كل منهما إلى اتفاقهما حول حقيقة معينة، وحاولا معًا أن يحلا الصراع بشكل بناء. فلم يشعر ممرض التمريض أن الجراح يحاول فرض سيطرته على الموقف، كما احترم الجراح قدرات مدير التمريض على قيادة هذا الموقف نحو الأحسن. وبسبب هذه السلوكيات ظل الطرفان في موقف حيادي وساعدا مرؤوسيهما على حل هذا الخلاف.

أما بالحالة الثانية (الصراع الناتج عن المشاعر) سيتخذ الطرفان مواقف مختلفة. قد يأخذ كل طرف موقفاً دفاعياً عن مرؤوسه مهما كلف الأمر، وسيقطع الطرفان حبال التواصل بينهما. وسيحل الصراع بسبب هيمنة الطرف الأقوى (الأقوى في المنصب والشخصية) على الموقف. فيكسب طرف ويخسر الآخر.

سلوكيات الصراع

تنتج هذه السلوكيات من الأطراف التي تصارعت بسبب التصورات أو المشاعر السابقة. وقد تكون السلوكيات علنية أو خفية. وتأخذ السلوكيات العلنية شكل التنافس أو التجادل أوحل المشكلات أو العداء. أما السلوك الخفي فيتمثل في التكتيكات غير المباشرة، والتجنب، واللامبالاة.

إحباط أو حل الصراعات

وهذه هي الخطوة التالية لعملية الصراع. ويتم الوصول إلى حل الصراع عندما يتفق الطرفان على حل معين ويلتزمان بتنفيذ هذا الاتفاق. أما إحباط الصراع فيحدث عندما يغلب أحد الأطراف أو المجموعات الآخر. ويلتزم الطرف الرابح فقط بتنفيذ الحل، أما الطرف الخاسر فقد يشترك في تنفيذ الحل أولا.

النتائج

وتؤثر النتائج على طريقة تعامل الأطراف المختلفة مع الصراعات المستقبلية. والحل الأمثل لأي صراع هو إدارة المشكلة بطريقة تنتج حلاً وسطاً يشعر أطراف الصراع بأنهم جميعًا فائزون، وهو ما يؤدي في النهاية إلى حل المشكلة. هذا الحل سيكون له نتائج إيجابية مستقبلية تؤثر على العلاقات المستقبلية للأفراد، وتؤثر على مشاعرهم وسلوكياتهم. ويمكن المقارنة بين النتائج المستقبلية لموقف الصراع بين الجراح ومدير التمريض السابق شرحه، فكيف ستكون النتائج إذا وصل الطرفان إلى حل وسط يشعرهم بالرضا، أو إذا شعر أحد الأطراف بأنه خاسر.

إدارة الصراعات

ومن أهم المهارات التي يجب أن يحصل عليها مدير التمريض إدارة الصراعات، حيث يدخل المديرون في كثير من الصراعات على اختلاف المستويات الإدارية. قد يشتركون في الصراع كأفراد، أو إداريين، أو ممثلين لقسم ما. وقد يقومون بإحداث صراعات بين أعضاء طاقم العمل (سواء الأفراد أو المجموعات) عند تطور مشكلة ما. كما قد يكون المديرون وسطاء أو حكاماً بين الطرفين المتصارعين. قد يحدث الصراع داخل الوحدة، أو بين الوحدات المختلفة، أو بين طرف داخلي وطرف خارجي (مثل الخلاف الذي قد يحدث بين معلم تمريض أكاديمي مع أحد أعضاء طاقم العمل بإحدى الوحدات بالمؤسسة).

ويجب أن يكون الجميع واقعيين في عملية وضع النتائج وحلول الصراعات. وغالباً لا يكون الأفراد الذين لم يشتركوا في عملية مفاوضات لحل الصراعات واقعيين. يكون من الصعب الوصول إلى حل وسط يتناسب مع الأفكار والمشاعر والأهداف والسلوكيات الاستثنائية للأطراف المتصارعة بدون التزام ورغبة الطرفين في الوصول إلى الحل. وتعطي الصراعات بين حزب الجمهوريين والديمقراطيين بالكونجرس الأمريكي مثالا للحالة السابق ذكرها.

تبدأ عملية إدارة الصراعات عند اتخاذ قرار متى يجب التدخل وكيف. قد يؤدي الفشل في التدخل لحل الصراع إلى خروجه عن السيطرة، بينما يسبب التدخل المبكر في عملية الصراعات إلى فقدان الثقة في قدرات الأطراف المختلفة، وعدم رغبتهم في اتخاذ المخاطر بالمستقبل.

والصراعات الصغيرة التي تحدث بين فردين لا تستحق التدخل فيها، فيجب أن تحل فيما بين هذين الطرفين. وترك الفردين المتصارعين يحلان خلافاتهما بأنفسهما سوف يمنحهما خبرات تحسن من مهارتهما في حل الصراعات المستقبلية.

أحيانًا يكون من الأفضل تأجيل التدخل في الصراع وترك الصراع يزداد حدة، وهذا لأن الصراعات سوف تحفز الأفراد على إيجاد حل للمشكلات. ويمكنك أن تزيد من حدة الصراع عن طريق زيادة الاحتكاك بين الطرفين المتصارعين بدون أي تدخلات من آخرين، بدون توفير أي طرق للهروب من مقابلة الطرفين وجهاً لوجه . وبهذه الطريقة سيضطر الطرفان على مواجهة الصراع بين بعضهما البعض.

إذا أوكلت للطرفين مهمة مشتركة أو هدف مشترك ليس له علاقة بأسباب الصراع، فسيتوفر لهما مزيد من الوقت لفهم بعضهما ، والبحث عن حلول للصراعات بينهما. ولكن هذه الطريقة تفيد في حالة الصراعات غير الحادة، وفي حالة عدم تحفز الأطراف للصراع، وفي حالة أن هذا الصراع لن يقلل من فاعلية العمل بالوحدة. ولكن إذا تحول الصراع سيتحول ليصبح ضارًا وخطرًا، فيجب على المدير أن يتدخل فورًا.

إذا كنت ستتدخل في الصراع يجب عليك التفكير أولاً في متى وكيف وأين ستتدخل؟ ويمكن حل الصراعات الروتينية في مكتب أي طرف من الأطراف المتصارعة، أما إذا كان الصراع حاداً فيجب أن يتم التدخل في مكان محايد، حتى لا يشعر الأطراف بأن قوتهم ليست متكافئة. وبهذه الطريقة سيكون المكان المحايد مفيداً للطرفين خاصة الطرف الأضعف، مما يعطيهما الإحساس بأن قواهما متساوية.

ويجب أن يكون المكان المحايد بعيدًا عن أي مشوشات، ويكون الوقت فيه متوافراً. ولأن حل الصراعات يأخذ وقتًا كثيرًا لسماع كل طرف على حدة وحجة كل منهما، يجب أن يجعل المدير الوقت مفتوحًا حتى يستطيع الوصول إلى الحل الوسط بينهما. وغالباً ما يلجأ المديرون غير المحترفين للحلول السريعة، والتي يستخدمون فيها نفوذ مناصبهم لاتخاذ قرارات غير ناضجة. وينتج هذا القرار غير الناضج فوز أحد الأطراف في مقابل خسارة الآخر، مما يعطي شعور ابتهاج للفائزين، وفقدان الروح المعنوية للخاسرين.

والنقاط الآتية توضح قواعد التوسط بين أطراف الصراع:

• حافظ على احترام كل طرف لذاته. تعامل مع مسائل ومسببات الصراع وليس الأفراد.

• لا تلقِ اللوم على أحد الأطراف، ولا تحمل أحدهما مسؤولية اقتراف الأخطاء. فالطرفان يقومان بالحل فيما بينهما ولا يجب أن يفكرا في من المخطئ.

• اسمح بالمناقشات المفتوحة بين الطرفين.

• امنح كلا الطرفين مدة متساوية ليشرح كل منهما المشكلة. وغالباً ما يميل الشخص ذو المكانة العليا إلى الحديث أكثر من أقل الأفراد رتبة. إذا حدث ذلك، يجب أن يتدخل الوسيط ليسأل الأقل رتبة عن رأيه.

• شجع التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية من خلال خلق مناخ من التسامح والتقبل. الوسيط المبتدئ فقط هو من يتجاهل التعبيرات السلبية.

• يجب أن تتأكد من أن كلا الطرفين يستمعان جيدًا إلى بعضهما البعض، ويمكنك أن تفعل ذلك بأن تطلب من أحد الأفراد تلخيص وتفسير الطرف الآخر قبل أن يبدأ في إبداء رأيه.

• حدد النقاط المهمة في المناقشة وأعد تكرارها كل فترة.

• شجع على تقديم الأطراف انتقادات وتفسيرات بعضهم لبعض، فيجب أن يفهم كل طرف الآخر بشكل متكامل.

• ساعد الأطراف على إيجاد حلول بديلة، اختر الحل الأكثر توافقًا للأفراد، وابن خطة حول كيفية تنفيذه. ويجب أن يوافق كل الأطراف على هذا الحل حتى ينتهي الصراع.

• عند الاتفاق على حل ما يمكنك متابعة الخطة المفترض تنفيذها.

• قدم آراء إيجابية حول تقدم الأفراد، وتعاون معهم في حل هذه المشكلة

إدارة الصراع عملية متعبة ومهدرة للطاقة والوقت. ويجب أن تلتزم الإدارة وطاقم العمل بحل الصراع وتكون راغبة في الاستماع إلى آراء الآخرين لإيجاد حل وسط بينهم.

ردود الفعل الناتجة عن الصراع

وتعد **المواجهة** من أكثر الوسائل فاعلية في حل الصراعات. وتساهم هذه الطريقة في إظهار الصراع، وهو ما يجعل الحلول تبنى على أسس من المنطق والمعرفة. والهدف الرئيس من هذا الأسلوب هو تحقيق وضع يكون به الجميع فائزين. ويجب أن تستخدم الحقائق لتعريف المشكلات.

ويجب أن يتم التعبير بشكل واضح عن النتائج المراد تحقيقها. مثلاً: يمكنك التعبير عن النتائج كالآتي "هذه هي المرة الثالثة في هذا الأسبوع التي تؤخر فيها التقرير. ووفقا لسياسات المستشفى يمكن استبدالك أو معاقبتك من خلال تقديم تقرير في وقت الاستراحة بالساعة السابعة صباحًا ".

تكون المواجهة فعالة إذا تمت بشكل شخصي وبمجرد حدوث الواقعة. ويعد احترام الموظفين بعضهم لبعض، ومصداقية المدير من أهم الاعتبارات التي يجب حسابها قبل المواجهة. وكلما كانت المواجهة فورية زادت قدرة المدير والموظفين على تحديد الوقائع والحقائق. ولكن في المواقف التي تتدخل فيها مشاعر الأفراد، يعد من الأفضل الانتظار قبل القيام بالمواجهة. وبغض النظر عن عامل التوقيت، فإن الرسالة غالباً ما تكون فعالة إذا استمع المدير جيدًا لها وتعاطف معها.

التفاوض هو تبادل مواقف الأخذ والعطاء على المسائل المختلفة بين الطرفين. والهدف منه هو الوصول لاتفاق على مسألة ما، حتى وإن لم يتم التوافق عليها بشكل جماعي. ولهذا فإنه لا يتم الوصول للحل الأمثل. وغالباً ما يكون التفاوض أمراً هيكلياً ورسمياً مثل المساومة الجماعية (انظر الفصل ٢٤). وتعد مهارات التفاوض أمراً مهماً للوصول إلى حل مقبول ووسطي بين الطرفين. وغالباً ما يمارس طاقم العمل التفاوض في أثناء تحديد جداول عملهم، مثلما تمارسه شركات التأمين مع المستشفيات للحصول على خصومات، ومثلما يمارسه مديرو العيادات مع الأطباء لإتمام عقد عملهم. والتفاوض يتطلب مهارات تواصل ماهرة. وبدون اختلافات الرأي لما كان هناك حاجة للتفاوض.

التعاون هو الاهتمام المشترك على مشكلة ما، ويتم من خلاله استخدام مهارات كافة الأطراف. أحيانًا يكون التركيز على حل المشكلة وليس هزيمة الطرف الآخر. ويكون الهدف هو إرضاء كافة الأطراف. ويكون التعاون مفيدا في الحالات التي تكون فيها أهداف الطرفين مهمة ولا يجب المساومة عليها أو التنازل عن أحدها.

المساومة يتم استخدامها لتقسيم المنافع والمكاسب على كافة الأطراف. ولا يحصل أي من الطرفين على ما يريده. ويمكن اتباع أسلوب المساومة للوصول إلى حل للصراع إذا فشل تحقيق التعاون بين الأطراف. وأحيانًا يكون ذلك هو الخيار الوحيد عندما يتنازع طرفان متساويان في القوة على أحد الأهداف المشتركة بينهما. ويعد أيضًا حلاً مناسباً إذا احتاج الطرفان إلى الوصول لحل سريع.

التنافس هو القيام بكافة المجهودات من أجل تحقيق الفوز بغض النظر عن التكلفة. وأحيانا يكون من الضروري اتباع أسلوب التنافس في حالة اتخاذ القرارات الحرجة وغير المعروفة. أيضًا يتم اللجوء إلى التنافس عندما لا يسمح الوقت بتنفيذ الطرق التعاونية بين الأطراف.

التكيف: نوع من أنواع تكتيكات التعاون، وهو يحدث عندما يتجاهل أحد الأطراف اهتماماته في مقابل الاهتمام بالآخرين. وتحدث المساعدة في حالة الرغبة في تحقيق التناغم وهذا إذا كانت اهتمامات أحد الأفراد غير مهمة لباقي الأطراف. وأكد موريسون في دراسته السابق ذكرها (٢٠٠٨) أن الممرضين أصحاب درجات عالية من الذكاء العاطفي يستخدمون تكنيك التكيف كرد فعل عن الصراعات.

وفي بعض الأحيان يتم استخدام أسلوب القمع في إحباط الصراع. وقد يحدث القمع عن طريق إبادة أحد الأطراف، سواء عن طريق النقل أو إنهاء عمله. وهناك عدد من التقنيات الأخرى غير الفعالة لإدارة التصارع، منها الانسحاب، والإجبار، ولكن يمكن استخدام هذه الأساليب في مواقف معينة.

التجنب يحدث عندما لا يعترف الأطراف بوجود صراع. ويستخدم هذا الأسلوب في المجموعات المتماسكة جدًا. ويتجنب أعضاء المجموعة الخلافات، وذلك لأنهم لا يريدون أن يعكر أي شيء صفو علاقاتهم الجيدة بعضهم مع البعض.

الانسحاب يحدث عندما يخرج أحد الأطراف في أثناء المناقشة مما يجعل الوصول إلى حل وسط أمراً مستحيلاً. وتظل المشكلة غير محلولة، وقد تعود مرة أخرى المشاعر السلبية ولكن بشكل غير مناسب. وإذا تصاعدت حدة الصراعات إلى درجة خطيرة يكون من الأفضل استخدام أسلوب الانسحاب والتجنب.

التهدئة تحدث إذا قام أحد الأطراف بالإشادة بالآخر، أو تقليل أهمية الخلافات والتركيز على نقاط الاتفاق الصغيرة، حتى وإن ظل هناك نوع من أنواع الاختلاف. وتكون التهدئة مناسبة في المشكلات الصغيرة والتافهة، ولكن في حالات الصراع الكبيرة تؤدي إلى حدوث نفس مشكلات الانسحاب.

الإجبار هو نوع من أنواع النهايات الوسطية للصراع، ولكنه يترك المشكلة بدون حل، حيث يقوم المدير بإصدار الأوامر، ولكن المرؤوس لا يمتثل لهذا الأمر. ويكون الإجبار مناسبًا في مواقف الحياة أو الموت، ولكن غير ذلك لا يعد استخدامه أمرًا جيدًا .

المقاومة قد تكون إيجابية أو سلبية. فقد تكون مقاومة لتحقيق التغيير، أو مقاومة للعصيان أو التمرد. وقد يكون استخدامها مناسبًا في حالات التعامل مع اختلافات القوة، خاصة في حالات الإساءة الشفهية.

إستراتيجيات فيلي (Filley's Strategies)

أوجد كون فيلي (١٩٧٥) ثلاث إستراتيجيات رئيسة للتعامل مع الصراعات مبنية على نتائج معينه: إستراتيجية فوز أحد الأطراف وخسارة الآخر، إستراتيجية الخسارة للجميع، وإستراتيجية فوز الجميع. في حالة **إستراتيجية فوز أحد الأطراف وخسارة الآخر**، حيث يهيمن أحد الأطراف على الآخر مستخدمًا سلطته، بينما يخضع الطرف الآخر ويخسر. وتؤدي طرق الإجبار والتنافس والتفاوض السابق شرحها إلى تحقيق فوز طرف ما وخسارة الآخر.

وتعد قاعدة الأغلبية الحاكمة أحد الأمثلة المؤدية إلى فوز أحد الأطراف وخسارة الآخر. وغالباً ما تستخدم هذه القاعدة في المجموعات. وقد تكون إحدى الطرق المرضية للوصول إلى حل، ولكن قد تعمل المجموعة باستمرار وفق نظام أن البعض يكسبون والآخرين يخسرون. ولكن غالباً ما تكون نتيجة فوز طرف وخسارة الآخر هي المهيمنة في العلاقات بين المجموعات. إذا استمرت خسارة إحدى المجموعات بصورة دائمة، فإن روح التماسك بينهم تنتهي، وتضمحل سلطات قائد المجموعة الخاسرة.

وفي إستراتيجية **"الجميع خاسرون"** لا يربح أي من الأعضاء. ويتم الوصول لتسوية غير مرضية للطرفين. وتؤدي وسائل التجنب والانسحاب والتسوية والتهدئة إلى حدوث الخسارة لكل الأطراف. ويمكن استخدام وسيلة من وسائل التسوية، وهي رشوة الطرف الآخر ليقوم بفعل شيء لا يريد القيام به. مثلاً قد يعد مدير التمريض بزيادة مرتب أحد الممرضين من أجل إقناعه بالعمل في إجازة نهاية الأسبوع.

وإذا تم اللجوء إلى طرف ثالث كوسيط أوحكم في عملية الخلاف قد يخسر الجميع، حيث يقوم الطرف الخارجي بإعطاء كل طرف ميزة معينة، ولكن هذه المميزات ليست ما يرغب كل طرف في الحصول عليها. وتعد هذه الإستراتيجية شائعة الاستخدام في الخلافات بين العمال والمديرين. وقد تتحقق خسارة الجميع، أو فوز أحد الأطراف في مقابل خسارة الآخر عن طريق الاحتكام إلى القوانين. وتتحدد النتيجة وفقًا لما يقوله القانون في المسألة المتصارع عليها، ولا تحدث مواجهة بين الطرفين على الإطلاق في هذه الحالة.

وتتشارك إستراتيجيتا خسارة الجميع وفوز أحد الأطراف في مقابل الآخر نفس الخصائص وهي:

- يرتكز الصراع على الأشخاص (نحن – هم) وليس على المشكلة ذاتها. ويحدث ذلك في حالة تصارع مجموعتين متماسكتين داخليا ولا تتشاركان الأهداف أو القيم نفسها.
- يركز الجميع طاقته في تحقيق الفوز لأنفسهم وتحقيق خسارة الآخرين. هذا قد يؤدي إلى حدوث مشكلات طويلة الأجل بالمؤسسة.
- ينظر كل فرد إلى المشكلة من وجهة نظره وليس من وجهة نظر أنه يجب حل المشكلة.
- يهتم الطرفان بالنتائج وليس بالأهداف أو القيم.
- الصراع يكون شخصياً.
- لا يوجد فرق بين عمليات المجموعة وبين أنشطة حل الصراعات.
- يتم النظر للصراعات نظرة قصيرة الأمد، فيهتمون بإنهاء المشكلة أو الصراع، ولا يهتمون بحل الاختلافات.

أما **إستراتيجية "المكسب للجميع"** فتركز على الأهداف، وتحاول تحقيق احتياجات كل طرف. وتوجد إستراتيجيتان متفرعتان من حالة المكسب للجميع هما التوافق والتكامل. **التوافق** يركز على الحقائق، ووضع الأطراف الأخرى، وتجنب التصويت، أو الأغلبية، أو المساومة المؤدية لخسارة الجميع. وحالة التوافق على قرار ما تكون أفضل شيء يمكن الوصول إليه بالمجموعة. وتعد هذه التقنية مفيدة في المجموعات، لأنها تتجنب حدوث أي من صفات خسارة الجميع، أو فوز أحد الأطراف في مقابل الآخر. ويحدث التوافق التام عند معرفة المشكلة، وتفهم أهداف واحتياجات الأطراف، والوصول للحل الذي يناسب احتياجات الأفراد.

اتخاذ القرار التكاملي (Integrative decision-making) يركز على كيفية حل المشكلات وليس على كيفية إنهاء الصراع. وتكون هذه الإستراتيجية مفيدة في حالة استقطاب الأطراف. وتعد هذه الطريقة طريقة بناءة حيث يعمل الطرفان معًا لتحديد المشكلات والاحتياجات. ويقومان ببناء حلول وبدائل من أجل الوصول لتوافق على حل ما. ويعد الهدف الرئيس هو حل المشكلة وليس الإجبار أو الهيمنة أو الإحباط أو المساومة. وتحاول المجموعات الوصول لهدف مشترك في ظل مناخ يشجع على التبادل الحر للأفكار والمشاعر. وباستخدام أدوات اتخاذ القرار التكاملي، تقوم الأطراف بالعمل سويًا لتعريف احتياجات كل طرف، ويبحثون معًا عن البدائل التي تتناسب مع احتياجات كل منها ثم يقومون باختيار البديل الأفضل لها. ومثله مثل التوافق تحاول عملية اتخاذ القرارات التكاملية التركيز على كيفية هزيمة المشكلة، وليس هزيمة بعضهم لبعض.

الإستراتيجيات البديلة للجدل

ويتم التفاوض باستخدام حل بديل عن المجادلة ((Alternative dispute resolution (ADR) وذلك في حالة تحول الصراع إلى اتخاذ رد فعل قانوني (Sander, 2009). والتوسط هو أحد أنواع الحلول البديلة عن المجادلة حيث يتدخل طرف ثالث في حل الصراعات. وقد يكون الاتفاق الوسطي مرضياً لجميع الأطراف وأقل تكلفة وإهدارا للوقت من اللجوء إلى الحلول القانونية، كما يؤدي إلى تعزيز العلاقات المهنية بين الأفراد (Gardner, 2010). ووجد أن التوسط قد نجح في حل مشكلات مؤسسات الرعاية طويلة الأجل (Rosenblatt, 2008).

وقد ساهمت مجهودات الحل البديل عن المجادلة في تكوين المعهد الدولي للتوافق ومنع الصراعات (International Institute of Conflict Preventionand Resolution)، وتحسين القانون القومي والفيدرالي المشجع على التوسط، وإنشاء منهج دراسي بكليات الحقوق حول كيفية التوسط، وإنشاء قسم للتوسط في رابطة المحامين الأمريكيين (American Bar Association). ومن المحتمل زيادة استخدام الحل البديل عن المجادلة في السياسات العامة بالمستقبل (Susskind،2009).

انظر كيف تعاملت مديرة التمريض مع صراع بين اثنين من طاقم عملها في دراسة الحالة (١٢-١).

دراسة الحالة (١٢-١). إدارة الصراعات:

ماي تران مديرة تمريض مسؤولة عن وحدة جراحة مكونة من ٢٠ سريراً طبياً بأحد المستشفيات الجراحية. ويعمل لديها طاقم عمل ذو خلفيات تعليمية ومهارية مختلفة. ولأن ماي تعمل بمستشفى تعليمية، فهي تؤمن بأن الممرضين يجب أن يكونوا منفتحين على طرق عمل جديدة ترتكز على الممارسة القائمة على الأدلة.

وكين روبرتسون ممرضة مسجلة تعمل منذ سنتين بالوحدة، وأوشكت على الانتهاء من برنامج الماجستير الخاص بها، والمرتكز على رعاية المسنين. وايلين هولكمب ممرضة مسجلة تعمل بالوحدة منذ ٢٨ عاما، وتحمل دبلومه في التمريض. وأكملت كين برنامج تدوير وظيفي بقسم الأمراض الجلدية بالمستشفى، وتعمل مع فريق رعاية طبيه بالمستشفى لتطوير بروتوكول جديد للحماية من قرح الفراش. وخلال اجتماع طاقم الممرضين قامت كيم بعرض البروتوكول الجديد أمامهم. وقامت الين بمقاطعة العرض أكثر من مرة قائلة : إن إخراج المرضى وتمشيتهم والاهتمام بتغذيتهم سيكون مفيدًا وأسهل واقل إهدارا للوقت من البروتوكول الجديد. وقالت الين : "إن هذا البروتوكول مجرد تعليل لإظهار شهادات البعض ومنحهم كثيرًا من الفضل الذي لا يستحقونه"، وحشدت الين حولها مجموعة من الممرضين كبار السن، ثم ردت كين بغضب على الين قائلة: "بما انه من المفترض أن يكون الممرضون متعلمين فعليهم إظهار مزيد من المهنية والحرفية في أداء أعمالهم". لاحظت ماي أن أعضاء هيئة التمريض لا يشعرون بالارتياح بعد الانتهاء من الاجتماع .

استمرت الين وكين في تبادل الانتقادات بينهما خلال الورديتين اللتين يعملان بهما سويًا. والخلاف الواضح بينهما يؤثر على بقية طاقم العمل، كما تزيد النميمة بين الموظفين، فتقل إنتاجيتهم. وطلبت ماي عقد اجتماع منفرد مع كين والين لمناقشة سبب الخلاف. بعد أن عرضت كل ممرضة المشكلة اتضح أنها لا تزيد عن كونها خلافاً شخصياً صغيراً بين الاثنتين، قامت ماي بجمع الاثنتين في مكتبها. راجعت ماي الحقائق معهما وشاركتهما برأيها موضحة أن كلتيهما تصرفتا على نحو غير مناسب. وقالت إن تصرفاتهما لم تؤثر على عملهما فقط، بل أثرت أيضًا على زملائهما بالعمل. وقالت ماي لكلتيهما أنهما يجب أن تتعاملا بحرفية واحترام ، وإلا سوف تتخذ إجراءات تأديبية. وشجعت ماي الاثنتين على التعاون فيما بينهما لإيجاد حلول مستقبلية للمشكلات، وأن تحاولا ألا تفتعلا صراعات في أثناء العمل.

الدروس المستفادة: مدير التمريض مسؤول عن:

- التعرف على كيفية إدارة الصراع بين طاقم العمل في مواقيت معينة.
- التعرف على كيفية تأثير الصراعات الفردية على بقية أعضاء العمل.
- التعرف على الوقت المناسب لاستخدام إجراءات تأديبية.
- إخبار قسم الموارد البشرية بالمشكلات المحتملة بين الموظفين وطرق حلها.
- الاجتماع مع الموظفين لحل الخلاف.
- التأكد من أن العمل يتطلب تواجد طاقم عمل متعلم جيدًا.
- تسجيل التدخلات والنتائج.

يجب أن يحوز الممرضون والمديرون على مهارات إدارة الصراع. وتقل فاعلية الإدارة ويزيد عدم الرضا الوظيفي إذا تم إهمال الصراعات والسماح لها بالزيادة والبقاء بدون حل. ولكن حل الصراعات سيؤدي إلى نتائج إيجابية تزيد من قدرة المدير على حل المشكلات بالمستقبل.

ويمكن الرجوع إلى الفصل العاشر بكتاب Becoming Influential: A Guide for Nurses (Sullivan, 2013) للتعرف على إستراتيجيات أكثر للتعامل مع الصراعات.

الخلاصة:

- الصراع عملية ديناميكية تأتي نتيجة للاختلافات بين الأفراد والمجموعات.
- قد يكون الصراع مفيدا ويشكل الخطوة الأولى لبدء عملية التغيير، أو قد يكون سلبيا وهدامًا.
- الظروف السابقة للصراع هي: تضارب الأهداف، والأدوار، والهياكل، والتنافس على الموارد النادرة، والاختلافات في القيم والمعتقدات.
- يوجد أكثر من إستراتيجية لحل الصراع. ويعد اختيار الإستراتيجية المثلى متوقفاً على الموقف والأفراد المتصارعين.
- من الضروري تعلم إدارة الصراعات سواء للممرضين أو للمديرين.

أدوات لإدارة الصراع:

- قيم موقف الصراع وحدد الوقت المناسب للتدخل.
- فهم الظروف السابقة للصراع، والمواقف المختلفة للأفراد.
- حاول إدخال الآخرين في المساعدة لإنهاء الصراع.
- اختر إستراتيجية حل النزاع المناسبة للموقف.
- تدرب على إستراتيجيات إدارة الصراع التي تمت مناقشتها بالفصل وقم بتقييمها.

التقويم :

- كيف يتم التعامل مع الصراعات بالكلية أو العمل؟ هل يدير القادة عملية حل الصراعات بشكل جيد؟ أعط مثالاً، وفسر إجابتك.
- صف صراعاً كنت أحد أطرافه. كيف تعاملت مع الصراع؟ كيف تدخل الآخرون في الصراع؟ هل انتهى بشكل جيد؟ فسر إجابتك.

• ما الجزء الأكثر صعوبة في التعامل مع الصراعات من وجهة نظرك؟ هل هو فهم مواقف الآخرين؟ أم إيجاد حل ناجح؟ أو طلب مساعدة الآخرين؟ أم تشجيع الأطراف المتصارعة على القبول بحل معين؟

• ادرس الفصل لتحسين مهاراتك وأوجه القصور الخاصة بك، قيم أداءك.

المراجع

Behfar, K. J., Peterson, R. S., Mannix, E. A., & Trochim, W. M. K. (2008). The critical role of conflict resolution in teams: A close look at the links between conflict type, conflict management strategies, and team outcomes. *Journal of Applied Psychology, 93*(1), 170–188.

Cole, M. S., Bedeian, A. G., & Bruch, H. (2011). Linking leader behavior and leadership consensus to team performance: Integrating direct consensus and dispersion models of group composition. *The Leadership Quarterly, 22*(2), 383–398.

Filley, A. C. (1975). *Interpersonal conflict resolution.* Glenview, IL: Scott, Foresman.

Gardner, D. (2010). Expanding scope of practice: Interprofessional collaboration or conflict? *Nursing Economics, 28*(4), 264–266.

Goleman, D. (2006). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ.* New York: Bantam.

Leever, A. M., Hulst, M. V. D., Berendsen, A. J., Boendemaker, P. M., & Roodenburg, J. L. N. (2010). Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care, 24*(6), 612–624.

Morrison, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management, 16*(8), 974–983.

Pondy, L. R. (1967). Organizational conflict: Concepts and models. *Administrative Science Quarterly, 12,* 296–320.

Rosenblatt, C. L. (2008). Using mediation to manage conflict in care facilities. *Nursing Management, 39*(2), 16, 17.

Sander, F. E. A. (2009). Ways of handling conflict: What we have learned, what problems remain. *Negotiation Journal, 25*(4), 533–537.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Susskind, L. (2009). Twenty-five years ago and twenty-five years from now: The future of public dispute resolution. *Negotiation Journal, 25*(4), 549–556.

Susskind, L. (2010). *Mediating values-based and identity-based disputes. The consensus building approach.* Retrieved July 12, 2011 from http://theconsensusbuildingapproach.blogspot.com/2010/04/mediating-values-based-and-identity.html

The Joint Commission. (2008, July 9). Behaviors that undermine a culture of safety. Retrieved October 15, 2010 from http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_40.htm

Thomas, K. W. (1976). Conflict and conflict management. In M. D. Dunnette (Ed.), *The handbook of industrial and organizational psychology.* Chicago: Rand McNally.

Thomas, K. W., & Kilmann, R. H. (1974). *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument.* Tuxedo, NY: Xicom.

Webb, R. (2010). Healthcare reform and inevitable conflict: Smaller pie means smaller slices. Healthcare Neutral ADR Blog, Retrieved July 12, 2011 from http://www.healthcareneutraladrblog.com/2010/02/articles/commercial-healthcare-disputes/healthcare-reform-and-inevitable-conflict-smaller-pie-means-smaller-slices

Whitworth, B. S. (2008). Is there a relationship between personality type and preferred conflict-handling styles? An exploratory study of registered nurses in southern Mississippi. *Journal of Nursing Management, 16*(8), 921–932.

الفصل الثالث عشر

إدارة الوقت

عوامل إهدار الوقت:

- تحليل الوقت
- وقت المدير

وضع الأهداف:

- تحديد الأولويات
- التخطيط اليومي والجدولة
- تجميع الأنشطة وتقليص الأعمال الروتينية
- التنظيم والالتزام الذاتي

التحكم في المقاطعات:

- المكالمات الهاتفية والبريد الصوتي والرسائل النصية
- البريد الإلكتروني
- الزوار المفاجئون
- الأعمال الورقية

التحكم في مواعيد الاجتماعات:

احترام الوقت

بعد الانتهاء من هذا الفصل سنتعرف على الآتي :

- عوامل إهدار الوقت.

- كيفية تعريف الأهداف.
- كيفية وضع الأولويات.
- كيفية تجميع الأنشطة، وتقليص الروتين.
- التنظيم الشخصي والالتزام الذاتي.
- كيفية تقليص عوامل إهدار الوقت.

يعد مصطلح إدارة الوقت مصطلحاً شائع الاستخدام، ولكنه غير صحيح لغويًا. لا أحد يدير الوقت، ولكن الذي يُدار فعلاً هو كيفية استخدام الوقت المتاح. في ظل بيئة الرعاية الصحية الحالية يزداد الضغط على الموظفين للقيام بالمزيد من الأعمال خلال وقت ضيق. ويعد **الاتساع الوظيفي** شائع الحدوث هذه الأيام في المؤسسات، وهو يحدث عندما يتوسع الهيكل التنظيمي للمؤسسة بحيث يؤدي إلى دمج عدد من المهام في منصب واحد، ومن ثم يزيد عدد الموظفين الذين يشرف عليهم المدير الواحد.

وقد أوضحت دراسة لجنرتي أن المهام الإدارية المطلوب تعلمها في الوقت الحالي تختلف عما كانت عليه في الماضي (Gentry *et al*, 2008). فمنذ أواخر الثمانينيات بالقرن الماضي ظهرت عدد من التغييرات بالهيكل الوظيفي للمؤسسات، مما جعله أكثر اتساعًا، وأدى ذلك إلى زيادة عدد المسؤوليات والمهام التي يتشاركها العاملون بالمؤسسة، كما زادت الحاجة لاستخدام وسائل الاتصال الإلكترونية . وقد غيرت التكنولوجيا من طبيعة التفاعلات بين المديرين وطاقم العمل التابع لهم. وأصبح الآن الموقع الجغرافي غير مهم، فلا يهم كم تبعد من الوقت عن مكان العمل. وقد يكون البقاء متصلاً مع الآخرين عاملاً موفرًا للوقت و مهدرًا له في نفس الوقت.

غالباً ما تقوم الفرق بما يمليه عليها المدير، ولكنها تخرج أفضل القرارات بسبب تعاون كل مجهود الفريق في تحديد هذا القرار. وإدارة الوقت مهمة لعمل الفريق، مثلما هي مهمة للأفراد. يجب على الفريق أن يخطط وينظم أعماله، حتى يستطيع تقديم مهماته في الوقت المحدد لها.

ويمكن التخطيط للوقت كعملية استباقية أو كرد فعل (Carrick; Carrick & Yurkow, 2007). والتخطيط الاستباقي هو أن تركز طاقتك في تنظيم الأفراد والأحداث التي تستطيع السيطرة عليها بشكل مباشر أو غير مباشر، ولكن إذا أهدرت أغلب وقتك على الأمور المتعلقة بالأفراد والأحداث الأخرى

التي لا يجب أن تشغلك بشكل مباشر، فذلك سوف يقلل من كفاءة وفاعلية مجهودك، مثلاً: يمكنك وضع أهداف وأوليات خاصة بحياتك بدلاً من أن تهدر وقتك في الانتقاد والقلق وخلق الأعذار عن الأعمال التي لم تنجزها. وهدف هذا الفصل هو مساعدتك في إدارة الوقت بصورة استباقية.

عوامل إهدار الوقت

لماذا نهدر الوقت؟ الوقت هو أهم مورد في حياتنا، ومع ذلك فإن الجميع يعترف بإهداره. ويجيب الصندوق (١٣-١) عن هذا السؤال، فيظهر لنا بعض القيود التي تمنع الفرد من إدارة وقته بكفاءة.

يجب فهم هذه الأنماط السلوكية حتى يمكن التعامل معها بفاعلية.

الصندوق (١٣-١). لماذا نفشل في إدارة الوقت بكفاءة؟

- نفعل الأشياء التي نحبها أولا، ثم نعمل على ما لا نحبه لاحقًا.
- المهام التي نعرفها بشكل أسرع من تلك التي لا نعرفها.
- نقوم بفعل أسهل الأشياء أولاً، ثم نفعل أصعبها لاحقاً.
- نؤدي المهام التي لا تتطلب وقتاً طويلاً قبل أن نؤدى المهام التي تتطلب وقتاً أقصر.
- نقوم بالأشياء التي تتوافر مواردها.
- نؤدى المهام التي تمت جدولتها مسبقًا (مثل حضور الاجتماعات) قبل المهام غير المجدولة.
- نؤدى المهام المخطط لها قبل المهام غير المخططة.
- نستجيب لطلبات الآخرين قبل أن نستجيب لطلباتنا الذاتية.
- نؤدى المهام العاجلة قبل أن نؤدى المهام الضرورية.
- نستجيب للكوارث، ولا نهتم للأمور الطارئة.
- نؤدى المهام الشيقة قبل غير الشيقة.
- نفعل الأشياء التي تحسن من أهدافنا الشخصية.
- ننتظر حتى يقترب الموعد النهائي لتسليم الأعمال، ولا نتحرك قبل ذلك.
- نؤدي المهام التي ستسلم قريبا.
- نتجاوب في تسليم المهمات وفقًا للشخص الذي يطلب التسليم.
- نهتم بنتائج فعل أو عدم فعل أمر ما.
- نبدأ العمل في المهام الصغيرة قبل المهام الكبيرة.
- نؤدي المهام وفقًا لترتيب ما جاء قبل الآخر.
- نعمل وفق مبدأ "ما يصدر ضجة عاليه يجب أن يعالج أولاً".
- نهتم بأثر مهمة ما على المجموعة.

وبالإضافة للأنماط السلوكية السابق ذكرها، فإن هناك عدداً من العوامل التي تحول دون إدارة الوقت بفعالية. وتمنع عوامل إهدار الوقت الفرد من تأدية عمله، أو الوصول لأهدافه، ومن هذه العوامل:

- المقاطعات مثل: المكالمات الهاتفية، والرسائل النصية، والزائرون المفاجئون.
- الاجتماعات المجدولة، وغير المجدولة.
- عدم وضوح الأهداف والأولويات.
- عدم القيام بالتخطيط اليومي والأسبوعي للمهام الواجب تأديتها.
- عدم تواجد التزام ذاتي، أو تخطيط شخصي بحياة الفرد.
- المعرفة المحدودة لكيفية إهدار الوقت.
- القيام بالأعمال الروتينية، وفشل التفويض.
- التواصل غير الكفء.
- انتظار الآخرين، ومن ثم يضيع الوقت المتوفر بين المهام.
- عدم القدرة على الرفض.

وقد يطلب أحد المديرين الجدد مساعدة من مدير آخر ذي خبرة عالية. هذا يعد أمراً مناسباً للمعلم والمرشد، ولكن يجب أن تفهم أنك تقوم بإهدار وقتك، فإن مهام الفرد الآخر تنتهي، ولا تستطيع أنت الانتهاء من مهامك بسبب انشغالك بالآخر.

تحليل الوقت

يجب أولاً معرفة وتحليل كيف يتم استخدام الوقت. وثانيًا يتم تحديدها إذا كان الوقت يتم استخدامه بالطريقة المناسبة أم لا. قد تجد أن وقتك يتم توزيعه بالأساس على المهام التي تضيع الوقت، وليس على المهام التي قد تنتج فوائد شخصية معينة. وتؤكد أغلب أماكن العمل الحديثة على أهمية إدارة وترشيد الوقت وأن يتم توكيل الشخص المناسب للمهام المناسبة لمهاراته.

وتعد سجلات الوقت (Time logs) إحدى أدوات تحليل الوقت المهدر على الأنشطة المختلفة (انظر الصندوق ١٣-٢). حاول في خلال ١٥ -٦٠ دقيقة أن تختار أسبوعاً معيناً وتسجل الأنشطة التي تقوم بها. حاول أن تكون بسيطا في تسجيلك، وحدد الأنشطة التي يجب أن تقوم بها، والوقت المطلوب

لأدائها. ثم راجع قائمتك وحدد الأنشطة التي يجب أداؤها؟ وما الأنشطة التي يمكن تأجيلها أو إزالتها من القائمة؟ ويمكنك استخدام مذكرة أو تقويم حتى تستطيع متابعة مواعيدك.

الصندوق (١٣-٢). سجل الوقت.

الوقت	النشاط	الهدف	القيمة
٧:٠٠ - ٧:٣٠	راجع البريد الإلكتروني الوارد مساءً، تدوين المهام التي يجب تنفيذها خلال الوردية	من أجل الرد على المرسلين، وتخطيط الأعمال الواجب تنفيذها	التخطيط للعمل اليومي يساعد على تحقيق أكبر قدر ممكن من المهام
٧:٣٠ - ٨:٣٠	اجتمع مع الموظفين العاملين في أثناء الوردية المسائية، حتى تستمع إليهم قبل أن يرحلوا	المدير يعد مسؤولاً عن موظفي الوردية المسائية، وعليه متابعة أدائهم	تقوية العلاقات والصلات بين المدير وطاقم العمل المسائي
٨:٣٠ - ١٠:٠	حضور اجتماع حول تخطيط الميزانية	الاجتماع مع بقية المديرين ونائب المدير للتخطيط للميزانية الخاصة بالعام المالي القادم	حتى يتمكن المدير من إدخال احتياجاته للموازنة

وقت المدير

تتمثل الصعوبة في الانتقال من منصب مدير التمريض إلى منصب قيادي هو في أن تجمع بين مهارة إدارة الوقت وبقية المهارات الإدارية. وفي المراحل الأولى من مهنة التمريض لا يكون للممرض أي وقت فراغ ليقضيه، ولهذا لا يقوم المرضون عمومًا في بداية وظيفتهم بالتخطيط لوقتهم لأن كل دقيقة مشغولة بالكثير من الأعمال. ولكن على العكس عندما يرقى المرضون إلى منصب قيادي فعليهم أن يحددوا كيف يوزعون وقتهم على المهام المختلفة، ولهذا يجب تعلم كيفية وضع الأهداف، وتحديد الأولويات، وتقدير قيمة الوقت.

وضع الأهداف

اعتاد المرضون على وضع أهداف طويلة وقصيرة الأجل، ولكن غالباً ما تتعلق هذه الأهداف بكيفية رعاية المريض، وما الحالة الصحية التي يريدون الوصول إليها، ولا تتعلق هذه

الأهداف بما يجب على الممرض فعله لذاته. من أهم أدوات إدارة الوقت وضع الأهداف الشخصية للفرد، وتحديد فترات زمنية تتحقق من خلالها هذه الأهداف.

الأهداف هي مجموعة من النتائج التي يرغب الفرد في الوصول إليها. وتوفر الأهداف رؤية واتجاه على الفرد سلوكه من أجل القيام بأنشطة محددة في إطار زمني معين. ويقلل تعريف الأهداف والإطار الزمني في تقليل الضغط والخوف الذي قد يشعر به البعض بسبب مواجهتهم لكثير من طلبات العمل. وبالرغم من أن الإطارات الزمنية قد تكون أبطأ مما قد يرغب فيه مدير التمريض (ومن الغالب أن يتغير ذلك الوضع) إلا أنه قد تم تعريف الأهداف والأنشطة المطلوبة لتحقيقها.

وتحديد الأهداف سواء بالنسبة للمؤسسة أو الفرد يحفز على التفكير في المستقبل، وما الذي قد يحدث وما الذي يريد الشخص أن يحدث (Sullivan, 2013). وتساعد عملية وضع الأهداف على الربط بين السلوكيات والأنشطة والعمليات الحالية، بالأهداف طويلة الأجل للفرد أو المؤسسة. وبدون هذا التوجه المستقبلي، قد لا تحدث الأنشطة النتائج المرغوب فيها لتحقيق الأهداف الخاصة بالمؤسسة والأفراد. ولهذا يجب تصميم أهداف قابلة للقياس وواقعية وقابلة للتنفيذ. ومن الأسهل تصنيف الأهداف الفردية أو الشخصية في إحدى هذه الفئات:

- أهداف للوحدة أو القسم.
- مهنية.
- عائلية.
- بدنية.
- اجتماعية.
- علاقات عمل.
- مالية.
- أهداف لها علاقة بالسفر.
- صورية (الأسلوب الحياتي).
- روحانية.

ويحفز هذا التصنيف على التفكير في الأهداف التي يريد الفرد تحقيقها. يجب التفكير في الأهداف طويلة وقصيرة ومتوسطة الأجل. وتنقسم هذه الأهداف إلى جزأين رئيسين هما: أهداف متعلقة بالحياة المهنية للشخص (تندرج تحتها أهداف الوحدة أو القسم) وأهداف شخصية (تندرج تحتها الأهداف العائلية والأهداف الاجتماعية).

توضع الأهداف قصيرة الهدف لفترة زمنية من ٦ -١٢ شهر، ولكن يجب الربط بين هذه الأهداف مع الأهداف طويلة الأجل. يجب عليك الإجابة عن الأسئلة التالية حتى تتمكن من إدارة الوقت بكفاءة:

- ما الأهداف التي يجب تحقيقها؟
- ما الأنشطة التي يجب اتباعها لتحقيق هذه الأهداف؟
- ما الوقت المطلوب لتنفيذ كل نشاط؟
- ما الأنشطة التي يجب جدولتها أو تخطيطها بشكل منفرد بذاته، وما الأنشطة التي يجب جدولتها لتتبع ترتيب أو تتابع معين؟
- ما الأنشطة التي يمكن تفويضها للآخرين؟

ويعد التفويض إحدى أدوات إدارة الوقت الجيدة التي يجب تنفيذها لتحقيق فاعلية إدارة الوقت. التفويض العملية التي يتم من خلالها نقل مسؤوليات وسلطات شخص إلى شخص آخر. وتشمل عملية التفويض إعطاء المهام، وتحديد النتائج المتوقعة، وتقديم السلطة اللازمة للفرد لتنفيذ المهام الموكلة إليه. ويعد التفويض من أكثر المهارات صعوبة، ويجب على الممرض أو المدير تعلمها في هذا الوقت، و تعيين عدد كبير من المعاونين ليقوموا ببعض أعمال الممرض. ومع اتساع نطاق سيطرة المدير، سيكون من الأفضل استخدام مهارة التفويض لتحقيق النجاح المطلوب. (راجع الفصل العاشر)

تحديد الأولويات

ولتحديد الأولويات عليك أن تأخذ في الاعتبار الأهداف الطويلة والقصيرة الأجل. ويمكنك تصنيف الأولويات كالآتي:

- ما الأمور التي يجب فعلها؟
- ما الأمور التي تستطيع فعلها إذا أمكنك ذلك؟
- ما الذي يمكنك فعله عند توافر وقت إضافي (Jones & Loftus, 2009)؟

الخطوة التالية هي تحديد أهمية ومدى إلحاح الأنشطة (انظر الجدول ١٣-١). يمكن تصنيف الأنشطة إلى:

- مهم وعاجل.
- مهم، ولكن ليس عاجلاً.
- عاجل، ولكن ليس مهماً.
- أعمال لشغل الفراغ.
- أعمال مهدرة للوقت.

الجدول (١٣-١). جدول الأعمال المهمة والعاجلة.

تصنيف المهمة	الأمثلة
مهم وعاجل.	استبدال موظفين متغيبين بآخرين متواجدين لضمان تواجد طاقم العمل المناسب للوردية القادمة.
مهم، وليس عاجلاً.	وضع برنامج تعليمي للممرضين حول التغييرات الطارئة على نظام الرعاية.
عاجل، وليس مهماً.	عد وتسجيل الأسرة الفارغة، وتقديم قائمة بها للمختصين.
الأعمال مهدرة الوقت ومكملة للوقت.	انتظار المكالمات الهاتفية.

يجب الانتهاء من الأنشطة العاجلة، والمهمة بشكل كامل. وقد تحدد الأعمال المهمة ولكن غير العاجلة حياة الشخص المستقبلية. هل ستظل كما هي أم ستتحسن مهنيًا؟ يجب الانتهاء من المهام العاجلة ولكن غير المهمة على الفور، ولكن لا يجب اعتبارها مهمة أو مؤثرة. وتعد أعمال شغل الفراغ، وأعمال إهدار الوقت أموراً متعلقة برؤية الفرد، ولا تحتاج للشرح.

ويمكن أن تدخل الكوارث والحالات الطارئة الخاصة بالآخرين ضمن نطاق أولوياتك. يجب أن تحدد أولاً هل الأمر مهم وعاجل فعلاً أم أن الأفراد الآخرين يبالغون في مواقفهم.

التخطيط اليومي والجدولة

بمجرد الانتهاء. من تحديد الأهداف والأولويات يمكنك أن تركز على طريقة جدولة الأنشطة. يجب **إعداد قائمة الأعمال أو المهام** (to-do list) بشكل يومي، إما بعد الانتهاء من العمل، أو في اليوم السابق، أو في الصباح الباكر. وتخطط القائمة وفقًا للأعمال اليومية أو الأسبوعية. إذا كان لديك كثير من المسؤوليات المختلفة، يمكنك استخدام القائمة الأسبوعية لأنها ستكون أكثر فاعلية. ويجب الأخذ في الاعتبار بعوامل المرونة، حيث قد تتنازل عن عدد من المهام من أجل مواجهة الأعمال الطارئة التي لابد أن تحدث. لا يجب أن يكون التركيز على أداء الأنشطة والأحداث، ولكن على النتائج المتحققة من تنفيذ هذه الأنشطة.

يجب استخدام أداة لتسجيل مواعيد الاجتماعات (اجتماعات العمل)، والأحداث العادية (مواعيد تقديم تقارير سنوية أو ربع سنوية)، والمواعيد الأخرى. يجب أن تتواجد هذه الأداة في أثناء التخطيط للأعمال بقائمة المهام، ولهذا يجب أن تشمل القائمة ملفات وتقويم.

ويمكن أن تحتوي الأجندة على وصف صغير عن هدف الاجتماع، ومن الحضور، ومكان وزمن الانعقاد. ويوجد حاليًا عدد من أنظمة التخطيط التجارية التي تباع، بالإضافة إلى أنظمة وبرامج حاسوبية تتوافر على الحاسب الآلي والهاتف الجوال. وهذه الأنظمة تتضمن تقويماً يومياً وأسبوعياً وسنوياً، وقائمة الأعمال، ومذكرة، ومذكرة بالعناوين والهواتف الخاصة بالأشخاص. ويجب الفصل بين الملفات الخاصة بالمشاريع واللجان والتقارير، ويجب تنظيمها وفق التاريخ.

تجميع الأنشطة وتقليص الأعمال الروتينية

يجب جمع مهام العمل ذات الطبيعة المتشابهة، والتي تحتاج نفس البيئة والموارد لتأديتها. ويجب تخصيص الوقت الذي لا يتعرض لأي مقاطعات لأداء المهام أو المهمة، والتي تحتاج لتركيز مثل إعداد الموازنة.

يستحسن تجميع المهام الروتينية – خاصة غير المهمة وغير العاجلة – وتأديتها في الوقت الذي تكون فيها إنتاجيتك منخفضة. على سبيل المثال يمكنك أن تجمع المهام التي تستطيع تأديتها خلال ٥ دقائق، مثل: مراجعة بريدك الإلكتروني ورسائلك الهاتفية، أو تأكيد اجتماع، أو تحديد موعد لقاء، كما يمكنك تجميع المهام التي تستغرق ١٠ دقائق، مثل: القيام بمكالمة هاتفية، أو كتابة بريد إلكتروني، فهذا سيساعدك على استخدام الوقت المحدود في القيام بأمور أكثر إنتاجية.

بدلاً من إهدار الوقت بين المهام المنتهية، أو في لحظات الانتظار يمكنك استخدام الوقت بفاعلية عن طريق تجميع الأنشطة. يمكن استخدام الوقت المهدر في المواصلات عن طريق استخدامه للتخطيط المستقبلي أو لتحسين مهارات الفرد. جميعنا نهدر الوقت في أثناء الانتظار: انتظار بدء الاجتماع، أو التحدث مع أحد ما. ويمكنك القيام بمراجعة بريدك الإلكتروني من خلال الهاتف، أو اقرأ في كتاب أحضرته معك، أو قم بالتفكير في حل لمسألة عمل ما، وذلك خلال أوقات الانتظار، وبهذا تتحول أوقات الانتظار إلى فرصة تفكر فيها وتتعلم منها.

إذا كان لديك كثير من الأعمال والمهام الضرورية وتشعر بالضغط، يمكنك تأدية بعض المهام الروتينية القصيرة لإخراجك من دوامة الشعور بالضغط. اختر مهمة يمكن تنفيذها بنجاح ونفذها في نهاية اليوم. فعند الانتهاء من يوم العمل بمهمة ناجحة حتى وإن كانت روتينية يقل الإحساس بالضغط والتوتر.

ويجب تنفيذ خطة عمل يومية حتى تتمكن من إدارة وقتك بنجاح. ويجب أن تعيد تحليل وقتك على الأقل كل ٦ أشهر حتى تتعرف على مدى نجاحك في إدارة وقتك، وحتى تتعرف هل طبيعة العمل أو البيئة المحيطة به تغيرت، وإذا كان يمكنك تغيير أسلوبك في التخطيط لوقتك، فهذا التحليل المستمر سيساعدك على ألا تعود للعادات المهدرة للوقت مرة أخرى.

التنظيم والالتزام الذاتي

ومن أهم مهدرات الوقت انعدام مهارات الالتزام والتنظيم الذاتي، وتشمل عدم القدرة على الرفض، انتظار الآخرين، والعمل الكتابي غير الفعال، والزائد عن اللزوم. ويتم تحقيق التنظيم الذاتي عن طريق التحديد الواضح للأولويات المبنية على أهداف يمكن قياسها وتحقيقها وتعريفها. ولأن مدير التمريض لا يعمل وحيدا فإن أهدافه وأولياته تتعلق بالعديد من العاملين الآخرين وبالمرضى وعائلاتهم.

وتتحدد استخدامات الوقت عن طريق حل الصراعات التي تنشأ بين الاحتياجات المتنافسة. من السهل أن تتحمل كثير من المسؤوليات والمهام التي لن تستطيع إنجازها بالوقت المطلوب. هذا أمر طبيعي. لا يكفي الوقت أبدًا لأداء كافة الأنشطة والأحداث والمواقف. (راجع قسم تحديد الأولويات).

ولتحقيق كفاءة المديرين والمرضين يجب أن يكون الفرد ملتزماً ومنظماً في أداء أعماله. وهذا يتطلب أحيانا أن ترفض بعض المهام. فإذا قبلت أداء عدد كبير من المهام ستصاب بالتوتر وتشعر بالضغط. كن واقعياً فيما يخص الأعمال التي تستطيع القيام بها، مع الأخذ في الاعتبار معايير الإدارة الفعالة للوقت. إذا كان مديرك يرهق كاهلك بالمهام الكثيرة عليك أن تتأكد من انَه يفهم النتائج السلبية لذلك. كن واضحًا وحازمًا في توضيح قدراتك واحتياجاتك للآخرين.

ومن أمثلة عدم وجود الالتزام الشخصي: عدم ضبط البريد الإلكتروني على تصنيف أنواع البريد المهمة من غير المهمة، والمكتب غير المنظم، والعمل على أكثر من مهمة في نفس الوقت، وعدم القدرة على تحديد وقت متواصل لأداء المهام التي تتطلب تركيزاً. قم بضبط بريدك الإلكتروني، ورتب مكتبك، واجمع الموارد التي تساعدك على الانتهاء من المهام ذات الأولوية، ثم ابدأ بالعمل فيها فوريا. ركز مجهودك في أداء مهمة واحدة وابدأ بالمهمة ذات الأولوية.

استخدمت إحدى المديرات الإستراتيجيات التي سبق الحديث عنها من أجل حل مشكلاتها وتقليل ضغوط عملها، وذلك كما ستوضحه دراسة الحالة (١٣-١).

دراسة الحالة (١٣-١). إدارة الوقت:

على مدار ال٦ سنوات الماضية عملت جاين شومن كمديرة تمريض في ٣ مستشفيات تابعة لنظام رعاية صحية كاثوليكي. وبعد تعرض هذا النظام الكاثوليكي إلى عدد من المشكلات المالية، وبعد أن عانى من خسائر بالعام الماضي، تم إلغاء عدد من المناصب الإدارية الوسطى. احتفظت جاين بوظيفتها، ولكنها تولت مسؤولية عدة أقسام أخرى. الآن جاين مسؤولة عن قسم تنمية الموارد البشرية، وتقييم المرضين الليليين، والتوظيف، والتنسيق بين العمليات الإكلينيكية للممرضين، وتدريب الممرضين على النظام المعلوماتي الجديد للنظام الكاثوليكي بأربعة مستشفيات مختلفة.

تشعر جاين بالإرهاق الشديد بسب المسؤوليات الكثيرة. وبسبب رغبة جاين في اكتساب ثقة الموظفين، والتعرف عليهم طبقت نظام الزيارات المفتوحة، وهو ما أدى إلى استقبالها زائرين غير متوقعين خلال اليوم. كما كان عليها أن تحل محل مراقبي الوردية الليلية ولهذا وصلت ساعات عمل جاين إلى ١٨ ساعة باليوم. امتلأ مكتب جاين بالأعمال الكتابية، وكذلك بريدها الصوتي الذي امتلأ بالرسائل التي يجب الرد عليها. وفي المتوسط كان على جاين أن تقرا على الأقل ٤٠ بريداً الكترونياً من أصل ٨ بريد يصل إليها يوميًا.

وبمجرد أن بدأت دورة تدريبية عن إدارة الوقت سجلت جاين نفسها في هذه الدورة، وتعلمت جاين خلال هذه الدورة العديد من الإستراتيجيات التي يمكن استخدامها لإدارة وقتها.

وعندما عادت جاين إلى العمل وضعت خطة. أولاً حددت أولويات كل قسم تابع لها وإطارًا زمنيًا للانتهاء من كل مشروع خاص بهذه الأقسام على حدة. ثم وضعت خططاً يومية لمدة أسبوعين، بالإضافة إلى رسم خطة تستغرق ٣ أشهر مستقبلية. وحددت جاين عدداً من أفراد طاقم عملها الذين يستطيعون تحمل بعض المسؤوليات الإضافية، كما حددت عدداً من المهام التي يمكن تفويضها. ثم قامت جاين بتصنيف الأعمال الورقية،وعلمت مساعديها كيفية تجميع الأوراق الروتينية، وإعطاء جاين أو أحد المفوضين منها بقية الأوراق. وحددت جاين أوقاتاً محددة للزيارة خاصة لكل قسم على حدة. ورتبت جاين اجتماعاً مع الرئيس التنفيذي للتمريض للحديث عن معوقات تدريب المرضين العاملين بأربعة مستشفيات، وكيفية تطبيق نظام المستشفى المعلوماتي الجديد، وبهذا تمكنت جاين من الانتهاء من أعمالها ، واستفادت من العطلة القادمة التي مدتها ٤ أيام للراحة.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

- تحديد أولويات العمل.
- تفويض المهام والمشاريع بكفاءة للآخرين.
- احترام الوقت الشخصي وأوقات الآخرين.
- طلب المساعدة إن أمكن.

التحكم في المقاطعات

المقاطعات تحدث في أي وقت والتي تغصبك على إيقاف العمل الذي بيدك من أجل الانتباه لشيء آخر. قد تكون المقاطعات جزءاً رئيساً من عملك وقد تكون مجرد وسيلة لإهدار الوقت.

والمقاطعة الإيجابية هي النشاط الأكثر أهمية وإلحاحًا من النشاط الذي تقوم به حاليا، وتستحق هذه المقاطعات اهتماماً فورياً. وتعد حالات الأزمات الطارئة من أمثلة المقاطعات اليومية.

وهناك مقاطعات أقل أهمية وإلحاحاً من العمل الذي تقوم به. وبسبب اتساع نطاق دور المدير أصبح هناك عدد أكبر من القرارات التي يجب أن تؤخذ فيما يخص الفريق وطاقم العمل. وفي الوقت الذي تحدث فيه بعض المشكلات بين الطاقم، والتي يعد طاقم العمل هو المسؤول عن حلها لا يجب أن يتدخل المدير لحل هذه المشكلة، فيجب على المدير أن يرشد طاقم العمل إلى كيفية البحث عن حل ثم يتركهم وشأنهم وهذا سوف يكسر عاداتهم القديمة، ويطور من مهاراتهم الشخصية. وبالرغم من أن ذلك مهلك للوقت في البداية، إلا أنه سيقلل من عدد المقاطعات غير الضرورية في المستقبل.

ويمكنك أن تكتب **سجلاً للمقاطعات** (interruption log) كل فترة زمنية. يظهر السجل من قام بالمقاطعة، وطبيعة المقاطعة، ومتى حدثت، وإلى كم من الوقت استمرت، وما المواضيع التي تمت مناقشتها، وما مدى أهمية هذه المواضيع، وما الأنشطة الموفرة للوقت. ويوضح الصندوق (١٣-٣) مثالاً لسجل المقاطعة.

سيساعد تحليل تلك البيانات على تعريف أنماط المقاطعات، وهو ما يمكنك من رسم خطة لتقليل مدد وعدد هذه المقاطعات. وقد تشير المقاطعات إلى أن عدداً معيناً من أعضاء طاقم العمل هم من يقومون بالمقاطعات، ولهذا يجب إعطاؤهم مزيداً من الاهتمام، وتطوير مهاراتهم في حل المشكلات.

الصندوق (١٣-٣). سجل المقاطعات:

الاسم	الغرض	الوقت	الموضوع	الأهمية	الفعل
جون، ممرضة مسجلة	كانت مارة فجاءت للحديث بالمكتب	١٠ دقائق	الأطفال، البيسبول، عمل الزوج الجديد	لا يتعلق بالعمل وغير مهم، ولكنه يساعد على بناء العلاقات	تحديد مواعيد للحديث غير الرسمي مع الموظفين وتناول الغداء في الاستراحة على الأقل ليوم في الأسبوع لبناء العلاقات مع طاقم العمل

تابع الصندوق ١٣-٣

الاسم	الغرض	الوقت	الموضوع	الأهمية	الفعل
بيل، بواب	يسأل إذا كان المدير قد رأى أثاثاً بالردهة، لأن هناك كرسياً ضائعاً من غرفة أحد المرضى	٥ دقائق	كرسي ضائع من غرفة مريض	تحتاج غرف المرضى لكراسي حتى يتحرك المريض ويقوم من السرير ويجلس عليه. منذ إصلاح بعض أثاث الغرف تم إرسالها بالخطأ إلى أقسام أخرى	الطلب من السكرتير أن يحصي الأثاث الذي أرسل للإصلاح. ثم على المساعد أن يقوم بإدخال كل كرسي في مكانه الصحيح بالغرف
جاسون مساعد ممرض	أخبر المدير بأنه حاول استخدام ٤ أجهزة مختلفة، ولكنه لم يستطع قياس الضغط أو الحرارة أو نسبة الاكتفاء من الأكسجين	١٥ دقيقة	عندما تتعطل الأجهزة يجب على المدير مكالمة قسم الصيانة من أجل إرسال هذه الأجهزة وإصلاحها، وتلقي القسم ٤ أجهزة مؤجرة من قسم الصيانة	على الأجهزة أن تكون عامله بكفاءة حتى يستطيع طاقم العمل أداء عمله بفاعلية	على أحد العاملين بقسم الصيانة أن يتابع حالة الأجهزة كل أسبوع للتأكد من أنها تعمل بكفاءة

المكالمات الهاتفية، والبريد الصوتي، والرسائل النصية

وتعد المكالمات الهاتفية من أكبر مصادر المقاطعات، ولهذا يكون استخدام سجل المقاطعات أمراً مهماً لمدير التمريض من أجل التعرف على طبيعة هذه المكالمات. قد يستخدم البعض الهواتف بطريقة غير فعالة وسيئة. ويشكل جرس الهاتف، أو الصوت الصادر عند وصول رسالة هاتفية مصدرا للتشتيت والإزعاج، حيث إن عدداً قليلاً من الأفراد يتجاهل هذه الأصوات، ولا يقوم بالرد. جميعنا يتلقى مكالمات هاتفية ورسائل نصية، وكثير منها مهدر للوقت. ويجب التعامل مع ذلك بكفء وذلك عن طريق:

• اختصار الحديث وتقليص الجانب الاجتماعي: إذا أجبت هاتفك قائلاً "مرحبًا، كيف يمكنني مساعدتك؟" بدلاً من "مرحبًا، كيف حالك؟" فإن المتحدث سوف يدخل في صلب الموضوع مباشرة. كن لطيفًا في الحديث، ولكن لا تسمح للآخرين بأن يتطرقوا إلى كلام لا فائدة منه وغير مناسب. ويجب أن تقصر المكالمات في المواعيد قبل راحة الغداء، أو في نهاية اليوم، أو في آخر يوم في الأسبوع، حتى تقلل من الجانب الاجتماعي وإهدار الوقت.

• التخطيط للمكالمات الهاتفية: الشخص الذي يخطط لمكالماته الهاتفية لا يضيع وقت أحد حتى الشخص الذي يحدثه. دون المواضيع التي تريد أن تناقشها قبل أن تتحدث مع أحد. وبهذه الطريقة لن تضطر لإعادة المحادثة لأنك نسيت أحد المواضيع، أو نسيت أن تطرح سؤالاً محدداً.

• حدد وقتاً لإجراء المكالمات الهاتفية: قد يكون لديك عدد هائل من المكالمات التي يجب أن تقوم بها. من الأفضل تأجيل إجراء هذه المكالمات حتى نهاية اليوم، أو في الوقت الذي تنخفض فيه طاقتك الإنتاجية. حاول ألا تقطع العمل الذي تقوم به لإجراء مكالمة. إذا كانت المكالمة مهمة ويجب القيام بها قبل العمل قم بها فورًا. إذا لم تكن مهمة إذن احصل على المعلومات في وقت لاحق.

• بين السبب من إجراء المكالمة الهاتفية، واسأل عن الوقت المناسب للحديث مع الآخرين. إذا لم يكن الشخص الذي ترغب أن تتحدث معه متواجداً اترك رسالة توضح فيها سبب اتصالك به، واذكر الوقت الذي سوف تحدثه فيه مره أخرى. اسأل عن الوقت الذي يكون فيه الطرف الآخر متفرغاً للحديث. هذا سيجعل الطرف الآخر مستعدًا للمكالمة، ومنتبها لها، وهو ما يمنع تدخل الآخرين في هذه المكالمة.

ويعد البريد الصوتي إحدى الطرق المناسبة للحديث، وخاصة الذي لا يهم أن يحدث فيه تفاعل بين الطرفين. مثلاً: يستطيع الفرد أو المجموعة التعرف على موعد اجتماع ما باستخدام رسائل البريد الصوتي. ويمكنهم الإبلاغ عن ردهم فيما يخص الاجتماع (بدون الحاجة إلى التحدث مباشرة بعضهم مع البعض) مثله مثل بقية أنواع الاتصال، يجب استخدام البريد الصوتي بطريقة مناسبة.

ويجب أن يكون هناك اتصال مباشر بالنسبة للرسائل التي تحمل معلومات مهمة وحساسة أو الرسائل الطويلة. بالإضافة لذلك، قد يتحمل بعض الموظفين مسؤولية تصنيف وتوصيل البريد الإلكتروني للمديرين، ولهذا يجب أن تكون رسائلك مهنية، ولا يجب أن تذكر أبدًا أي أمور شخصية أو معلومات سرية.

وتجذب الرسائل النصية الانتباه. القليلون منا يستطيعون مقاومة قراءة الرسائل النصية، حيث إنهم يظنون أنها ستكون الرسالة الأخيرة للرد عليها. والرسائل النصية هي مزيج من البريد الصوتي والبريد الإلكتروني، ويمكنك تخصيص وقت معين للرد عليها.

البريد الإلكتروني

البريد الوارد

ويمكن للبريد الإلكتروني أن يعزز من كفاءة إدارة الوقت، أو يزيد من إهداره. والبريد الإلكتروني يقلل من الوقت الذي تهدره لتتواصل وتتصل بالآخرين، كما يمكنك من مراسلة أكثر من شخص في نفس الوقت، كما تستطيع تصنيف الرسائل المهمة والملحة من خلاله، ولكن من الصعب التعرف على رد فعل الفرد الآخر من خلال البريد الإلكتروني، ولهذا عليك أن تتواصل بطرق أكثر شخصية مع الأفراد المهمين الذين تريد إخبارهم بمشكلة أو موضوع مهم.

وتفقد البريد الإلكتروني باستمرار سوف يضيع من وقتك. في كل مره تقرأ فيها رسالة ما ستضطر إلى التفكير فيها وإهمال المهمة التي تقوم بها. اغلق تنبيه البريد الإلكتروني وخصص وقتاً معيناً لتفقده.

أيضًا تجاهل الأفراد الذين يرسلون إليك رسائل غير مهمة. قم بضبط البريد الإلكتروني على تجاهل هذه الرسائل، وإرسالها مباشرة إلى ملف البريد المزعج، أو يمكنك إخبار هذا الشخص بأنك لا تستطيع تلقي رسائل شخصية على هذا البريد في أثناء العمل (Merritt, 2009).

البريد الصادر

كتابة رسائل واضحة يزيد من فرص الحصول على استجابة فورية ومفيدة. إليك بعض النصائح:

• أرسل الرسائل إلى الأفراد المهمين الذين تريد أن تحدثهم فقط (مثل أعضاء لجنة ما) وأرسل نسخة من البريد إلى البقية (موظفي قسم معين).

• ضع عنواناً مناسباً للرسالة. مثل: "اجتماع يوم الجمعة صباحًا"، بدلاً من وضع عنوان مفتوح مثل: "معلومات".

• لا تذكر تحية في البريد مثل "عزيزي" أو "مرحبًا" فهذه التحية غير مطلوبة في الرسائل الروتينية.

• اجعل الرسائل مختصرة ومؤدبة مثل: "سيعقد اجتماع القسم في غرفة الاجتماعات بالساعة التاسعة صباحًا".

الزوار المفاجئون

بالرغم من أن الزيارات المفاجئة لا يعتبرها البعض ضارة إلا أنه غالباً الزيارة التي تبدأ بـ"ألديك دقيقة؟ "تأخذ أكثر من ذلك بكثير. يجب أن تتولى السيطرة على هذه الزيارة عن طريق أن تطلب تعريفًا للسبب من الزيارة، وإذا كان لديه سؤال ما، أو حدد له موعداً آخر ليجتمع بك، أو حوله إلى شخص آخر ليحل مشكلته.

إذا كان لديك مكتب خاص بك ستجد أن ترك الباب مفتوحًا يمثل دعوة مفتوحة للجميع حتى يقاطعوك. بالرغم من أنه من الضروري أن تكون متاحًا ومتواجدًا للجميع، إلا أنه من حقك أن تركز في عملك. حدد موعداً لمقابلة طاقم العمل(عدد من الساعات) من أجل الحديث معهم في المواضيع التي تهمهم.

بالطبع بعض المقاطعات تكون مهمة وعاجلة، عليك استقبال مثل هذه المقاطعات. ويمكنك السيطرة على الوقت الذي يأتي إليك الزوار فيه (Jones & Loftus, 2009). يمكنك مثلاً أن تظل واقفا وتتحدث في أثناء وقوفك معهم. قد يبدو هذا نوعاً من أنواع اللطف أو الأدب، ولكنه يحفز الزائر على الانتهاء من الزيارة سريعا. وقبل أن يغادر الزائر، أكد بأدب أنه يستطيع المرور عليك في الفترات التي حددتها للمقابلات، أو عليه أن يرسل بريداً إلكترونياً سابقاً لتحديد موعد للمقابلة.

يمكنك أن تحد من المقاطعات باستخدام طريقة معينه لترتيب أثاث مكتبك. أنت تسمح بالمقاطعات إذا ضبطت مكتبك ليكون هناك اتصال نظري مباشر بينك وبين المارين بجانب المكتب أو الحضور. إذا وضعت مكتبك بدرجة ٩٠ أو ١٨٠ درجة ناحية الباب سوف يقل التواصل النظري.

ويمكنك أيضًا تشجيع الأفراد على أخذ موعد مسبق للحديث عن الأمور الروتينية سوف يقلل من المقاطعات. من خلال تحديد مواعيد مقابلات دورية مع الأفراد الطالبين لمقابلتك سيتمكنون من إخبارك بالأمور الروتينية أولاً بأول. ويمكنك أن تقابل الأفراد في مكاتب الآخرين، أو مكاتب أخرى هذا سيقلل من الوقت المهدر: من السهل ترك مكتب الآخرين دون أن تجبر الآخرين للرحيل من مكتبك.

الأعمال الورقية

لا يمكن أن تعمل مؤسسات الرعاية الصحية بكفاءة بدون نظام معلومات جيد. بالإضافة إلى المكالمات الهاتفية والمقابلات وجها لوجه مع الآخرين، إلا أن المديرين والممرضين يهدرون كثيرًا من الوقت في كتابة وقراءة عدد من الرسائل الورقية. وتشكل القوانين الحكومية المتزايدة ووسائل تجنب القضايا القانونية، وزيادة متطلبات حماية خصوصية المرضى، والطرق الطبية الجديدة، والأدوية الجديدة، والإلكترونيات، والمعالجات المعلوماتية ضغطًا على الممرضين حتى يتابعوا زيادة عدد الأعمال المطلوبة بشكل ورقي (حتى الأعمال الورقية المستخدمة للوسائل الإلكترونية الحديثة).

• خطط وجدول الأعمال الكتابية أو الورقية: من المهم قراءة التقارير والبريد الإلكتروني والخطابات والمذكرات بالعمل. ولكن الأعمال الورقية ستشكل عبئًا ومصدرًا للإحباط إذا لم يتم التخطيط لها وجدول عملها باعتبار أنها جزء مكمل لمهام العمل. قم بالتعرف على نظام المعلومات التنظيمي الذي تتبعه المؤسسة ومتطلباته، وحلل متطلبات العمل الورقي الخاص بالمنصب الذي تشغله، وحاول أن تنتهي من جزء كبير من هذه الأعمال خلال يوم عملك.

• صنف أعمالك الكتابية حتى تؤديها بفاعلية: قد يساعدك تصنيف الأعمال الكتابية في ملفات مختلفة. ويمكنك استخدام الآتي لتكوين نظام تصنيف خاص بك:

١. ضع كل الأعمال الورقية (أو البريد الإلكتروني) التي تتطلب تدخلاً شخصياً في ملف أحمر أو في ملف تحت عنوان: "أفعال ما" على الحاسوب، ثم قم بأداء هذه الأوراق بناء على أهميتها وإلحاحها.

٢. ضع الأعمال التي من الممكن أن تفوضها لأحد ما في ملف منفصل، ثم قم بتوزيعها على الأشخاص.

٣. ضع كل الأوراق التي تحمل معلومات ما، أو متعلقة بمشاريع العمل في ملف لونه أصفر أو في ملف بالحاسوب تحت اسم "معلومات".

٤. ضع مواد القراءة مثل المجلات العلمية والتقارير الفنية، والتي لا تتعلق مباشرة بالعمل في ملف لونه أزرق، أو في ملف بالحاسوب تحت عنوان "قراءة". وتحتوي ملفات المعلومات على الأوراق التي يجب قراءتها فورا، أما ملف القراء ففيه أوراق غير عاجلة ويمكن قراءتها في وقت

لاحق. لا تخشَ من إلقاء شيء في سلة المهملات، أو في مسح ملفات ما من حاسوبك. لا تجعلهم يصبحون عائقًا إذا لم يعد لهم قيمة.

• قم بالتواصل الكترونيا مع الأفراد: إذا لم يطلب منك إرسال مذكرة أو خطاب أو تقرير ورقي عليك أن تجعل كل أعمالك الكترونية.

• حلل أعمالك الورقية بشكل مستمر: راجع سياسات العمل الكتابي وقواعده والملفات المصنفة له على الأقل مرة بالعام. يجب مراجعة معايير كتابة المذكرات والتقارير والاستمارات سنويا. ويجب تعريف أسباب الإبقاء على كل معيار على حدة والشكل الرسمي لكل عمل كتابي. لا تخف من اقتراع. حدد من التغييرات بهذه الأعمال أو حتى قم بإطلاق مبادرة لتغييرها.

• لا تراكم الأعمال الكتابية: "أمسك الورقة مرة واحدة فقط" تبدو هذه المقولة صعبة أو مستحيلة إذا تم الاستماع إليها حرفيا. يجب أن تنتهي من كل ورقة أو بريد إلكتروني تقرأه أو تحصل عليه. ومراكمو الأعمال الكتابية (Paper shufflers) هم من يتركون البريد الإلكتروني غير المقروء يتراكم ويقومون بتجاهل الأوراق حتى تتراكم على مكاتبهم، فهم يؤجلون تأدية الأعمال بدون مبرر، وهو ما يزيد من حجم المشكلات.

التحكم في مواعيد الاجتماعات

تستهلك الاجتماعات كثيراً من وقت المدير وتهدره. اتبع القواعد التالية لإدارة الاجتماعات بكفاءة (Merritt, 2009):

• لا تعقد الاجتماعات لأنك اعتدت القيام بها في يوم محدد من الأسبوع. إذا لم تكن هناك حاجة للاجتماعات قم بإلغائها.

• يجب أن يحضر الأفراد الرئيسون فقط في الاجتماعات المبدئية، أما البقية فيمكنك أن ترسل إليهم مذكرات بما تم بالاجتماع، أو اطلب منهم أن يحضروا في الاجتماعات الأخرى .

• حدد أهداف ونتائج الاجتماع، واكتبها في مذكرة وأرسلها للآخرين.

• أرسل المعلومات الخاصة بالاجتماع مباشرة قبل موعد انعقاده، حتى لا تضيع وقت الآخرين في قراءته.

• حدد فترة زمنية للاجتماع. الاجتماعات الروتينية لا يجب أن تستمر لفترة أطول من ساعة. إذا تم الاحتياج إلى أكثر من ساعة قم بتحديد موعد اجتماع إضافي.

• حدد أجنده الاجتماع والتزم بها.

• قم بمراجعة الأعمال التي تم توكيلها للآخرين.

احترام الوقت

حتى تتمكن من تعلم مهارات إدارة الوقت يجب أن تحترم أهمية الوقت وتحترم وقت الآخرين. وتتعلق النصائح التي تم شرحها مسبقًا بالأفراد الذين يتفاعلون باستمرار معك، فاطلب منهم أن يقدروا ويحترموا وقتك. وعليك أن تحترم أوقات الآخرين أيضًا. إذا أردت أن تتحدث مع شخص حدد موعدًا معه خصوصًا إذا كنت تريد أن تخبره بأمور روتينية. اسأل نفسك باستمرار، "ما أفضل استخدام لوقتي الآن؟" وعليك أن تجيب بالآتي:

• من أجل تحقيق أهدافي الشخصية.

• من أجل إفادة طاقم عملي وخدمه أهدافهم.

• من أجل إفادة مؤسستي وخدمة أهدافها.

ويبدو أن مجهود إدارة الوقت يتطلب وقتاً طويلاً، ولكن العكس هو الصحيح، حيث ستنتج الأنشطة التي تحدد الأهداف والأولويات، ونظام العمل اليومي، ومنع المقاطعات كثيراً من الإيجابيات المستقبلية، حيث سيتم أداء الأعمال بكفاءة وفاعلية.

الخلاصة:

• الخطوة الأولى لإدارة الوقت هي تحليل كيف تستخدم وقتك والقيام بعمل سجل للوقت.

• حدد الأهداف والأولويات حتى تتمكن من التخطيط وجدولة أعمالك.

• تساعد إستراتيجيات التنظيم الذاتي على استخدام الوقت بشكل أكثر كفاءة.

• سيطر على المكالمات الهاتفية عن طريق تقليل المحادثات الجانبية، والتخطيط للمكالمات الهاتفية وتحديد وقت محدد لها، واستخدام البريد الصوتي.

• لتقلل من مقاطعات الزائرين المفاجئين، أبق واقفًا عند الحديث معهم، وحدد مواعيد للمقابلة، واعد ترتيب أثاثك، أو امنع الزيارات غير المجدولة.

• قد تصبح وسائل الاتصال الكتابية سبباً لإهدار الوقت، ولهذا يجب تقليلها من خلال التخطيط والجدولة للأعمال الكتابية والبريد الإلكتروني واستخدام نظام تصنيف فعال.

• الأفراد الذين يحترمون أوقاتهم يجدون الآخرين يحترمون هذا الوقت.

أدوات إدارة الوقت

• تأكد من أنه لا يوجد وقت كاف لأداء كافة الأعمال.

• استخدم سجل الوقت من أجل تحديد وتقليل عوامل إهدار الوقت.

• حدد أهدافك وأولوياتك وقم بجدولة أعمالك اليومية.

• خصص الأوقات التي لا توجد بها مقاطعات لأداء الأعمال المهمة.

• جمع المهمات الروتينية لأدائها في أوقات محددة لها.

• حدد المقاطعات وطرق تقليلها.

التقويم :

• ما أكبر عمل يهدر وقتك؟ قم بتحليل وقتك باستخدام سجل الوقت، قارن بين ما قلته في البداية، وبين ما وجدته باستخدام السجل.

• حدد أهدافك التي ترغب في الوصول إليها بالأسبوع القادم، وما الخطوات التي ستساعدك للوصول لأهدافك.؟ في نهاية الأسبوع قم بتقييم أدائك، ثم قم بوضع أهدافك للأسبوع الذي يليه.

• ما الذي يمنعك من الوصول لأهدافك؟ فكر كيف ستغير الظروف المحيطة بك لتصل لأهدافك.

• هل تستخدم مفكرة أو أي أداة جدولة أخرى؟ إذا كانت الإجابة بلا حاول تحديد الأنواع المختلفة للأدوات، واختر تلك التي تناسب طبيعة عملك ثم استخدمها.

• كيف تتعامل مع المقاطعات. حاول تنفيذ الإستراتيجيات السابق ذكرها لمنع المقاطعات خلال الأسبوع القادم.

المراجع

Carrick, L., Carrick, L., & Yurkow, J. (2007). A nurse leader's guide to managing priorities. *American Nurse Today, 2*(7), 40–41.

Gentry, W. A., Harris, L. S., Baker, B. A., & Leslie, J. B. (2008). Managerial skills: What has changed since the late 1980s. *Leadership & Organization Development Journal, 29*(2), 167–181.

Jones, L., & Loftus, P. (2009). *Time well spent: Getting things done through effective time management*. Philadelphia, PA: Kogan Page.

Merritt, C. (2009). *Too busy for your own good.* New York: McGraw Hill.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

الباب الثالث

إدارة الموارد

الفصل الرابع عشر

الميزانيات وإدارة الموارد المالية

عملية إعداد الميزانية

أنواع الميزانيات:

- الميزانية التراكمية (Incremental Budget)
- الميزانية المبنية على الأساس الصفري
- الميزانيات الثابتة أو المتغيرة

الميزانية التشغيلية (Operating Budget)

- ميزانية الإيرادات (The Revenue Budget)
- ميزانية المصروفات (The Expense Budget)

تحديد ميزانية مرتبات العاملين:

- المزايا
- الفروقات بين الورديات
- الوقت الإضافي
- الساعات تحت الطلب
- العلاوات
- الزيادة بالمرتب
- اعتبارات أخرى

إدارة ميزانيات تكاليف المعدات، والتكاليف غير المرتبطة بالمرتبات:

الميزانية الرأسمالية

وضع الجدول الزمني لإعداد الميزانية

مراقبه أداء الميزانية خلال العام المالي

- تحليل التباين
- التحكم في الوظائف

المشكلات المؤثرة على أداء الميزانية:

- مشاكل السداد
- تأثير طاقم العمل على المؤسسة

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

- كيف يتم إعداد الميزانيات؟
- الفرق بين الأنواع المختلفة للميزانيات
- كيف تتم مراقبة الأداء العام للميزانية، وكيف يمكن السيطرة عليه؟
- كيف يتم الابتعاد عن بنود الميزانية الأصلية؟
- كيف يؤثر طاقم العمل على الأداء العام للميزانية؟

إعداد الميزانية عملية يتم من خلالها التخطيط والسيطرة على العمليات المستقبلية للمؤسسة من خلال المقارنة بين نتائج المخططات المتحققة والمتوقعة (Finkler & Kovner, 2007). والميزانية تعتبر خطة مفصلة لتوقعات المؤسسة. وتصبح هذه التوقعات فيما بعد أساساً للمقارنة مع ما تم فعليًا، الهدف من الميزانية هو السماح للإدارة بالتخطيط للأنشطة المستقبلية بما يحقق أهداف المؤسسة. أيضًا تعد الميزانية أداة للتأكد بأن الموارد المطلوبة لتنفيذ هذه التوقعات والأنشطة ستكون متاحة في الوقت المناسب لها، كما تعد الميزانية أداة المديرين للسيطرة على المؤسسة. وتقوم الحكومات والأفراد ومؤسسات الأعمال بإعداد الميزانية. في الواقع الجميع يقوم بإعداد ميزانية، بغض النظر عن أنه يعرف كيف يعدها، حتى وإن احتفظ الفرد بالميزانية بداخل عقله فإن ذلك يعد إعداداً للميزانية. فإذا ما قام شخصٌ بالتخطيط لكيفية قيامة

بدفع فاتورة ما في المستقبل – بعد ٦ أشهر – فإن ذلك يعد ميزانية. ومن السهل تحديد المكونات الرئيسة لأي ميزانية. فأي شخص يعرف كم يحتاج الموارد (المال مثلاً) ومتى يحتاج هذه الموارد (بعد ٦ أشهر) فإنه بذلك كون ميزانيته. وتعد "متى " أهم من "كم "، حيث يجب أن يتوافر المال في الوقت الصحيح حتى يتم الدفع. وفي ظل زيادة المطالبات بتحسين إجراءات سلامة المريض، وزيادة التغييرات الطارئة على نظام الرعاية الصحية، والتطور التكنولوجي، وتغير أدوار العاملين بالنظام، فإنه يتحتم بناء ميزانيات دقيقة إلى أقصى درجة ممكنة، كما يجب أن تقل الانحرافات عن الميزانية إلى أقل درجة ممكنة (Dunham-Taylor & Pinczuk, 2009) وهذه ليست بالمهمة السهلة، فالانتباه في عملية إعداد الميزانية تعد الخطوة الأولى لفهم كيف يتم إدارة الموارد بكفاءة.

عملية إعداد الميزانية

الميزانية هي عبارة عن بيان كمي للخطط والتوقعات لفترة زمنية معينة، وغالباً ما يعبر عنها بالوحدات النقدية. وتقدم الميزانيات أساساً لإدارة وتقييم الأداء المالي. وتبين الميزانية كيف سيتم توفير الموارد (سواء الأموال، أو الوقت، أو الأفراد) وكيف تستخدم لدعم الخدمات التي تريد المؤسسة تقديمها خلال فترة زمنية محددة. وتقدم عملية إعداد الميزانية تأكيدًا لتوافر الموارد المطلوبة لتنفيذ الأهداف في الوقت المناسب، وإن الأنشطة يتم تنفيذها في حدود تلك الموارد المتاحة. وتساهم عملية إعداد الميزانية في زيادة وعي العاملين بالتكاليف، وفهم العلاقة بين الأهداف والنفقات والإيرادات. كنتيجة لذلك، يلتزم الموظفون بأهداف المؤسسة، وتقوم الأقسام بالتنسيق بين أنشطتها مع أهداف المؤسسة. وتستخدم الإدارة الميزانية للسيطرة على الموارد المنفقة، وذلك من خلال فهم طبيعة تكاليف المؤسسة جيدًا. أخيرًا، فإن تقييم أداء الميزانية يقدم دليلاً على مدى نجاح إدارة الموارد، وأثر ذلك على الميزانية.

ويعد إعداد الميزانية تأتي عملية التخطيط والسيطرة على العمليات المستقبلية من خلال المقارنة بين النتائج المتحققة، والخطط المتوقعة. والتخطيط يشمل أولاً مراجعة للأهداف والغايات التمريضية والتنظيمية. والأهداف والغايات تساعد في تحديد أولويات المؤسسة، وترشد المؤسسة المجهودات التي يجب أن تقوم بها لتحقيق الأهداف. وفي عملية التخطيط يجب على المؤسسة أن تعرف الآتي:

- طبيعة الأفراد الذين تخدمهم المؤسسة، والمنافسين، والمؤثرات الاجتماعية المحيطة.

• مصادر الإيرادات، خاصة في ظل التغييرات الطارئة على نظام الرعاية الصحية.

• بيانات إحصائية تشمل:

١. عدد حجوزات المرضى أو الداخلين للمؤسسة.

٢. متوسط يومي لتعداد المرضى.

٣. متوسط فترة الإقامة بالمؤسسة.

٤. الحالة الصحية للمرضى.

٥. متوقع الزيارات المنزلية، وحجم العمليات التمريضية بالوحدات أو العيادات الخارجية، حجم المرضى الوافدين للمؤسسة.

• زيادة المرتبات وفقًا لحاجات سوق العمل.

• ارتفاع أسعار الأدوات والتكاليف الأخرى ، بسبب التضخم .

• تكاليف الحصول على أداة أو تكنولوجيا جديدة (مثل: أدوات المراقبة ومعدات السيطرة على الجراح).

• التخصصات المناسبة للممرضين (ممرضون مسجلون، مساعدون، الحاصلون على ترخيص للقيام بأنشطة تمريضية).

• التغييرات المؤسسية والقانونية المؤثرة في الميزانية (تشريعات تحقيق نسب الممرضين للمرضى، مجلس الدولة للشؤون الصحية).

• والتغييرات التنظيمية المؤدية لتغير المرتبات، أو المتطلبات النقدية للوحدات (لامركزية الصيدليات، وخدمات العلاج التنفسي).

وغالباً ما تستخدم الإدارة الأحداث الماضية كأساس لبناء توقعاتها المستقبلية، ولكن في ظل التغييرات الطارئة على طبيعة التكاليف، فإن استخدام التكاليف التي تم دفعها بالسابق كأداة تنبؤ بالمستقبل يعد أمرًا مضللاً. وتعد هذه التغييرات معوقًا رئيساً في أثناء بناء الميزانية الخاصة بالمؤسسة. ففي ظل تواجد بيئة متغيرة، فإن المؤسسات التي تقوم ببناء ميزانياتها على أساس النفقات السابقة سوف تحدث الكثير من التغييرات على هذه الميزانية خلال فترة تنفيذها. أما السيطرة، فتنتج عن المقارنة بين النتائج المتحققة، وبين النتائج المرغوب فيها، والتي تم وضعها بالمؤسسة (انظر الجزء الخاص

بمتابعة أداء الميزانية). وهناك وسيلتان للتحكم في الميزانية هما: تحليل التباين(variance analysis)، و(السيطرة على الوظائف position control) وتتمكن المؤسسة من إجراء تغييرات وإصلاحات من خلال المقارنة بين النتائج المرغوبة والمتحققة. ولهذا فإن السيطرة تعتمد على التخطيط.

أنواع الميزانيات

تختلف طريقة إعداد الميزانية باختلاف هيكل المؤسسة فقد تكون الميزانيات كالآتي:

- مهتمة بجانب التكاليف: يتحمل المديرون مسؤولية التنبؤ والتسجيل وإدارة التكاليف (مثل تكاليف العاملين و المعدات) الخاصة بالقسم الذي يعملون به.
- مهتمة بجانب الإيرادات: يتحمل المديرون مسؤولية زيادة الإيرادات (سابقًا كان يتم الاهتمام بزيادة عدد المرضى لزيادة الإيرادات، أما الآن فإن تطورات نظام الرعاية الصحية قد همشت أهمية الميزانيات المهتمة بتحقيق إيرادات).
- مهتمة بتحقيق أرباح: يتحمل المديرون مسؤولية إدارة زيادة الإيرادات والسيطرة على التكاليف، حتى يتمكن العاملون به من تحقيق أرباح (يجب أن تتخطى الإيرادات حجم التكاليف)
- مهتمة بتنفيذ استثمارات: يتحمل المديرون مسؤولية توليد الإيرادات، وإدارة التكاليف والمعدات الرأسمالية (الأصول).

غالباً ما تكون ميزانيات وحدات التمريض مهتمة بجانب السيطرة على التكاليف، ولكن أحيانا قد يتم النظر إليها على أنها مهتمة بالإيرادات أو الأرباح أو الاستثمارات. ويجب أن يحدد المدير أولاً اهتمامات الوحدة المسؤول عنها، حتى يستطيع أن يحدد نوع الميزانية التي عليه إعدادها.

قد يتحمل بعض مديري التمريض مسؤولية تقديم خدمات معينة. وقد يكون طاقم العمل المسؤول عنه تابعين لأكثر من وحدة أو قسم. بينما يتحمل المديرون الآخرون مسؤولية وحدة ما، كوحدة القياس، أو يتحملون مسؤولية طاقم عمل تابع لأكثر من مكتب طبي.

قد تتبع المؤسسة أكثر من أسلوب، أو تجمع بين عدد من الأساليب لتطلب من مديريها أن يعدوا طلباتهم التي يحتاجون لإدراجها بالميزانية. هذه الأساليب هي الميزانية التراكمية، والميزانية المبنية على أساس رصيد صفري، والميزانية الثابتة والميزانية المتغيرة.

الميزانية التراكمية (Incremental Budget)

وتسمى أيضًا بميزانية الخطوط (line-by-line)، حيث تقوم الإدارة المالية للمؤسسة بتوزيع ورقة عمل للميزانية على بقية الأقسام، وتدرج هذه الورقة كل بند خاص بالتكاليف. وينقسم بند التكلفة إلى عدة بنود فرعية خاصة بتكاليف المرتب، وتكاليف لا علاقة لها بالمرتب. وغالباً ما يتم استخدام ورقة عمل الميزانية السابق ذكرها في العمليات الحسابية للتكاليف التي سيتم إدراجها بالميزانية الخاصة بالسنة القادمة. وقد تنقسم ورقة العمل إلى عدة أعمدة تشمل حجم المصروفات المخطط إنفاقها للعام الحالي، وحجم المصروفات التي تم إنفاقها فعليًا حتى الآن، وإجمالي حجم المصروفات المخطط إنفاقها للعام الحالي، وحجم التكاليف التي ستضاف أو تنقص على الميزانية الجديدة، وطلبات كل قسم التي يريد إضافتها على الميزانية الجديدة، مع تبرير هذه الطلبات.

وقد يكون أساس حساب مقترح الميزانية الخاصة بالعام القادم مبنياً على النتائج الفعلية للعام الماضي أو النفقات المخطط تنفيذها خلال العام الحالي. تعتمد تعديلات النفقات المتعلقة بالمرتبات على متوسط الزيادة في الأجور المخطط إنفاقها بالعام القادم. أما النفقات غير المتعلقة بالمرتبات، فيقوم قسم الحسابات بتقدير متوسط الزيادة في أسعار المدخلات أو قد يختار القسم طريقة حساب معيارية للزيادة في النفقات، مثل متوقع الرقم القياسي لأسعار المستهلكين أو متوقع الرقم القياسي لأسعار الخدمات الطبية للسنة القادمة. وحتى يتم إعداد ورقة عمل الميزانية بدقة يجب على المديرين أن يحيطوا بكل أصناف التكاليف. ما البنود (مثل الأدوات والمعدات) التابعة لكل نفقة على حدة؟ بالإضافة لذلك، على كل مدير أن يعرف العوامل التي أثرت على مستوى النفقات المحددة خلال هذا العام. ومن خلال التعرف على العوامل المؤثرة على النفقات، والتي من الممكن أن تحدث بالعام القادم، فإن هذه العوامل سوف تترجم إلى كمية الزيادة أو النقصان في حجم التكاليف المستهدف إنفاقها بالعام القادم.

ومن مميزات الميزانية التراكمية السهولة في الإعداد. أما من عيوب هذا الأسلوب فإنه يغض النظر عن معايير تحقيق كفاءة الإنفاق. حيث يقوم المدير الماكر بصرف كافة الأموال التي حصل عليها من الميزانية سواء احتاج إليها أم لا لأن هذا القدر هو الذي سيحدد المبلغ الذي سيحصل عليه العام القادم.

الميزانية المبنية على الأساس الصفري

وهو الأسلوب الذي يفترض أن أساس بناء ميزانية العام القادم مساوٍ للصفر، فعلى المديرين أن يبرروا كل الأنشطة والبرامج التي يطلبون إدراجها بالميزانية وكأنهم يطلبون تنفيذها لأول مرة، بغض النظر عن حجم التكاليف التي تم إنفاقها بالعام الماضي، ويجب أن تكون التكاليف المقترحة للعام القادم ملائمة لبيئة المؤسسة الحالية وأهدافها.

من مميزات هذا الأسلوب أن كل نفقة يتم تبرير سبب الحاجة إليها، أما عيوبه فتكمن في أن عملية إعداد الميزانية ستستغرق وقتًا. وقد تكون عملية التبرير هذه غير مهمة، ولهذا لا يجب على المؤسسة اتباع هذا الأسلوب سنويا. وقد تقوم بعض المؤسسات بتطوير أسلوب الأساس الصفري في بناء الميزانية على أساس أقل من العام الماضي، ولكن ليس من الصفر (مثلا ٨٠٪ من النفقات الخاصة بالعام الماضي). عندئذ على كل مدير أن يبرر كل نفقة تزيد عن حد ال٨٠٪ من النفقات الخاصة بالميزانية الماضية.

الميزانيات الثابتة أو المتغيرة

الميزانيات الثابتة هي التي تبنى بغض النظر عن التغييرات التي قد تطرأ خلال العام المالي وتؤثر على توقعات حجم التكاليف المستقبلية (من هذه التغييرات عدد المرضى). على العكس فإن الميزانيات المتغيرة تبنى من خلال تحديد التعديلات التي طرأت على ميزانية العام الحالي مثل تغير حجم الإيرادات، وعدد المرضى، وإهلاك المعدات، والنفقات الأخرى .

الميزانية التشغيلية (Operating Budget)

وتعرف أيضًا باسم الميزانية السنوية (The Annual budget)، وهي عبارة عن بيان المؤسسة للنفقات والإيرادات المتوقعة للعام القادم. وتبنى هذه الميزانية خلال السنة المالية للمؤسسة، والسنة المالية مداها هو الاثنا عشر شهرًا التي تقاس خلالها العمليات التشغيلية والمالية للمؤسسة. قد تتطابق فترة السنة المالية مع السنة الميلادية من شهر فبراير إلى ديسمبر، أو قد تستمر خلال فترة زمنية مختلفة. وأغلب المؤسسات تتبع سنه مالية من ١ يوليو إلى ٣٠ يونيو، وتبدأ السنة المالية الحكومية من أول أكتوبر. وقد تقسم الميزانية التشغيلية على فترات نصف أو ربع سنوية، كما قد يقسم كل ربع سنة إلى ثلاث فترات لكل شهر. وتحسب النفقات والإيرادات كل على حدة، لكن يحدد حد للربح أو الخسارة .

ميزانية الإيرادات (The Revenue Budget)

تعبر ميزانية الإيرادات عن الدخل المتوقع للمؤسسة من تقديمها لخدمات الرعاية الصحية خلال الفترة التي تطبق فيها الميزانية. وفي أغلب الأحيان يدفع الحاصلون على خدمات الرعاية نسبة محددة سابقاً. وتعتمد هذه النسبة على التخفيضات والبدلات. وفي كثير من الحالات لا تتساوى المدفوعات الفعلية نتيجة لتلقي خدمات الرعاية الصحية مع المقابل الظاهر على فاتورة الخدمة، حيث يقوم مقدم الخدمات الصحية بحساب المدفوعات التي يحصل عليها باستخدام طرق متعددة منها:

- المقابل المادي يكون محدداً من قبل مثل المحاسبة على التكاليف الثابتة لعلاج كل حالة على حدة.
- يتم التفاوض على نسب الدفع، مثل البدلات اليومية (وهي مقابل مادي معين يدفع للمريض مقابل إقامته بالمستشفى لليوم الواحد).
- التفاوض على الخصومات .
- المدفوعات المطلوبة على الفرد الواحد (نسبة معينة تدفع للمريض الواحد خلال وقت تلقيه الرعاية بغض النظر عن نوع الخدمة المقدمة).

وتتوقف الإيرادات المتوقعة للعام القادم على عدد ونوع المرضى، والنسب والخصومات التي سوف تمنح للعملاء خلال فترة تطبيق الميزانية. ويتم بناء التوقعات على الأسس التاريخية لعدد المرضى، وآثار البرامج الإكلينيكية المستحدثة أو المعدلة، والتنقل من الخدمات المقدمة للمرضى المقيمين بداخل المستشفى إلى المرضى الخارجيين، بالإضافة إلى عدد آخر من المؤثرات. وبالرغم من ذلك فإن هذه التوقعات قد تكون غير مجدية حاليًا بسبب التغييرات الطارئة على نظام الرعاية الصحية. فمع تطبيق نظام محاسبة المؤسسات الصحية والمنازل الطبية (Medical homes)) يتوقع تغيير نظم الدفع لمؤسسات الرعاية الطبية (Buerhaus, 2010) فبدلاً من أن تحدد نسبة مسبقة للمقابل المادي الذي يدفعه متلقي الرعاية الطبية (ويتحدد المقابل المادي وفقًا لمجموعة التشخيص المترابط (Diagnosis-related group - DRGs) سيحصل مقدم الخدمة على المدفوعات مقابل تقديم خدمات الرعاية لمجموعات المرضى.

ميزانية المصروفات (The Expense Budget).

وتشمل ميزانية المصروفات البنود المتعلقة بالمرتب، والبنود غير المتعلقة بالمرتب. ويجب أن تعكس المصروفات أهداف وحدة التمريض وأنشطتها. ويجب أن تكون ميزانية المصروفات شاملة ودقيقة، فيجب أن تحيط بكل المعلومات المتاحة عن التوقعات المالية للعام القادم. ويتناول الجزء التالي عدداً من المفاهيم المرتبطة بعملية إعداد الموازنات الخاصة بنظام الرعاية الصحية.

مراكز التكلفة (Cost Centers).

تعد وحدات التمريض أحد مراكز التكلفة الخاصة بمؤسسات الرعاية الصحية. ومراكز التكلفة هي المساحات الصغيرة المنفذة للأنشطة بداخل المؤسسة، والتي يتولد عنها مجموعة من التكاليف التراكمية. قد تكون المراكز مولدة للإيرادات أيضًا مثل المعامل ومراكز الأشعة، وقد لا تكون مولدة للإيرادات مثل الإدارة وقسم الخدمات البيئية. وغالباً ما يتحمل مديرو التمريض مسؤولية التكاليف التي تتكبدها الأقسام التي يرأسونها، ولكنهم لا يتحملون أي مسؤولية على الإيرادات التي تولدها أقسامهم.

وعلى العكس، إذا كان مديرو التمريض يتحملون مسؤولية تحديد التكاليف والإيرادات والأداء المالي الذي يقاس بالأرباح (الفرق بين الإيرادات والمصروفات)، فإنهم في تلك الحالة يتحملون مسؤولية مراكز الأرباح (Profit centers). وعادة، لا تتم المحاسبة مقابل الخدمات التمريضية المقدمة بشكل مباشر، فتضاف الخدمات التمريضية المقدمة على تكلفة الإقامة بالغرفة، ولكن هذا الأسلوب قد يتغير مع تحسن إجراءات الربط بين المهارات التمريضية واحتياجات المريض.

أنواع التكاليف

تقسم التكاليف إلى تكلفة ثابتة، وتكلفه متغيرة. التكاليف الثابتة هي التكاليف التي لن تتغير بتغير السنوات المالية، بغض النظر عن حجم أنشطة المؤسسة، كالإيجار وأقساط التأمين. أما التكاليف المتغيرة فتتغير وفقًا لتغيرات أعداد المرضى، وحدة حالاتهم المرضية، وتعد تكاليف أدوات رعاية المرضى من أمثلة التكاليف المتغيرة. فمثلاً إذا زاد عدد المرضى، زاد عدد الأدوات المستخدمة في رعايتهم، وهو ما يزيد من تكاليف الأدوات.

قد تكون التكاليف أيضًا مباشرة وغير مباشرة. التكاليف المباشرة هي التي تؤثر بشكل مباشر على رعاية المريض. والمرتبات المدفوعة للممرضين المقدمين لخدمات الرعاية من أمثلة التكاليف المباشرة. والتكاليف غير المباشرة هي نفقات ضرورية ولكنها غير مؤثرة على خدمات رعاية المريض، كمرتبات عمال الأمن، أو موظفي الصيانة.

تحديد ميزانية مرتبات العاملين

ميزانية المرتبات أو ميزانية العاملين (Salary (Personnel) Budget) هي التكاليف المتوقعة للمرتبات التي سوف تدفع لمراكز التكلفة خلال السنة المالية (انظر الجدول ١٤-١). وتعتمد إدارة ميزانية المرتبات على قدرة المديرين على مراقبة وقيادة طاقم العمل. فالمديرون الأكفاء أكثر قدرة على الحفاظ على ثبات موظفيهم، وأقل إهدارا لموارد المؤسسة لتعويض غياب، أو استقالات، أو البحث عن طاقم عمل إضافي. بالإضافة إلى تكلفة المرتبات المتوقعة، يؤثر عدد من العوامل ميزانية المرتبات مثل المزايا، والوقت الإضافي، والمكافآت والعلاوات، وتكاليف فوارق الورديات، وتكاليف العاملين عند الطلب.

الجدول (١٤-١). الميزانية الشهرية للمرتبات ومقارنه بين الميزانية الفعلية والميزانية التي ستنتهي في ٣٠ يونيو:

المنصب	المرتب الشهري الفعلي	المرتب الشهري المذكور في الميزانية	الفرق	المرتب الفعلي المدفوع حتى الآن	المرتب المفترض دفعه وفق الميزانية حتى هذا الوقت	الفرق
مدير التمريض	٦٢٥٠	٦٢٥٠	٠	٦٨٧٥٠	٧٥٠٠٠	٦٢٥٠
الممرضون المسجلون	٩٥٧٢٢	٩٣٨٢٥	(١٨٩٧)	١٠٤٨٨١٣	١١٢٥٨٧٨	٧٧٠٦٥
الممرضون المرخصون	١٩٠٢٥	٢٠٨٠٠	١٧٧٥	٢٣١٤٢٦	٢٤٩٦٠٠	١٨١٧٤
المساعدون	١٤٨٨٦	١٣٢٠٠	(١٦٨٦)	١٥٩٥٠٠	١٥٨٤٠٠	(١١٠٠)
عمال النظافة	٥٤٨٣	٥٤٩٥	١٢	٦٠٣٩١	٦٥٢٧٣	٤٨٨٢
الجمعية الطليقة للممرضين المسجلين	١٤٢٦	١٠٠٠	(٤٢٦)	١٦٨٠٠	١٢٥٠٠	٤٣٠٠
إجمالي المرتبات	١٤٢٧٩٢	١٤٠٦٧٠	(٢٢٢٢)	١٥٨٥٦٨٠	١٦٨٦٦٥١	١٠٠٩٧١

المزايا

بعد تحديد عدد العاملين بالدوام الكامل ((Full-time equivalents (FTEs)) ، يجب أيضًا تحديد عدد العاملين بدوام كامل اللازمين للإحلال محل الموظفين الحاصلين على مزايا الإجازات (Benefit time) مثل العطلات والإجازات والأيام الشخصية، إلخ – انظر الفصل ١٦ . وتحسب مزايا الإجازات عن طريق تحديد متوسط عدد أيام الإجازات والعطلات المدفوعة، والأيام الشخصية، وأيام الحداد وغيرها من الإجازات المدفوعة، ومتوسط أيام الإجازات المرضية التي حصل عليها كل موظف. ولحساب الموظفين بدوام كامل المطلوبين للإحلال محل الحاصلين على مزايا الإحلال يجب القيام بالآتي:

- تحديد عدد الساعات المطلوب إحلالها.
- تحديد عدد الموظفين المطلوبين.

مزايا الإجازات	الساعات	الساعات البديلة
١٥ يوم إجازة	× ٨ ساعات	=١٢٠
٨ أيام عطلة	× ٨ ساعات	=٦٤
٤ أيام إجازة شخصية	× ٨ ساعات	=٣٢
٥ أيام إجازة مرضية	× ٨ ساعات	=٤٠
	الإجمالي	=٢٥٦

ثم اقسم الساعات المطلوب إحلالها على عدد ساعات العمل السنوية لموظفي الدوام الكامل

$$\frac{256}{2080} = 0.12$$

وتحسب ميزانية مرتبات موظفي الدوام الكامل من الحسابات الخاصة بهؤلاء الموظفين (انظر الجدول ١٤-١). وتعد هذه الميزانية هي أساس حساب ميزانية المرتبات. وقد تؤثر مدفوعات الفروقات بين الورديات والوقت الإضافي و العلاوات والحوافز على أداء الميزانية ويجب إعادة تقييمها.

الفروقات بين الورديات

بعض المؤسسات تضع مجموعة من النسب لتحدد الفروق بين الورديات. مثلا: ١٠٪ تضاف إلى مرتب العاملين بالورديات المسائية، و١٥٪ للعاملين بالورديات الليلية، و٢٠٪ للعاملين في أوقات الإجازات ونهايات الأسبوع. فمثلا إذا كان أجر الساعة التي يحصل عليها الممرض هو

١٨ دولارًا، فإن تكلفه عمل الساعة للممرض العامل بالوردية المسائية ستساوى ١٨ دولارًا مضاف إليها ١,٨٠ دولارًا. وإذا كانت الوردية تستغرق ٨ ساعات عمل فإن التكلفة الكلية للممرض ستكون ١٥٨,٤٠، وستكون تكلفة الممرض خلال العام تساوي ٤١١٨٤ دولارًا. وبعض المؤسسات لا تستخدم النسب، بل تضيف كمية محددة من الدولارات. مثلاً: تضيف المؤسسة ٢,٥٠ دولارًا على ساعة المرتب الأساسي للمرض العامل بالوردية المسائية، وتضيف أربع دولارات للممرض العامل بالوردية الليلية، و٢,٥٠ دولارا للعاملين في أيام نهاية الأسبوع.

الوقت الإضافي

ومن مسببات الوقت الإضافي الضغوط المفاجئة للعمل، وأعداد المرضى، والإحلال المفاجئ للممرضين لأسباب صحية. وتحسب توقعات الوقت الإضافي الذي سيدفع للممرضين بالعام القادم عن طريق تحديد عدد الساعات الإضافية التي عملها كل موظف (ممرض مسجل، أو حاصل على ترخيص مزاولة المهنة، أو المساعد ،أو أي موظف آخر) بالسابق وضرب هذا العدد في ١,٥ . مثلا، إذا كان عدد ساعات الوقت الإضافي التي سجلها ممرض ما خلال أسبوعين تساوي ٣٥ ساعة، وكان متوسط أجر الساعة لهذا الممرض المسجل يساوي ١٨ دولارًا فإن تكلفة الوقت الإضافي المتوقعة لفئة العاملين كممرضين مسجلين ستكون ٢٤٥٧٠ دولارا للعام. وتم حساب هذا الرقم كالآتي:

١.اضرب متوسط أجر الساعة لفئة معينة من العاملين (الممرض المسجل) ١٨ دولاراً

× الرقم المحدد ١,٥

تكلفة الوقت الإضافي للساعة= ٢٧ دولارًا

٢.اضرب متوسط عدد ساعات الوقت الإضافي ٣٥

×تكلفة الوقت الإضافي للساعة ٢٧ دولارًا

تكلفه الوقت الإضافي للساعات التي تم العمل بها = ٩٤٥ دولارًا

٣.اضرب عدد مرات الدفع ٢٦

× تكلفة الوقت الإضافي ٩٤٥دولارًا

تكلفة الوقت الإضافي طوال العام = ٢٤٥٧٠ دولارًا

من الواضح أن تكلفة الوقت الإضافي ستكون باهظة وستثقل كاهل ميزانية وحدة التمريض، ولهذا يجب على مدير التمريض البحث عن بدائل أخرى للوقت الإضافي كالحصول على ممرضين للعمل بدوام جزئي، أو عاملين باليومية، من أجل إبقاء تكلفة عمل الساعة في الحدود العادية والمقبولة، كما قد يقوم المدير المتمرس بتقييم إنتاجية الوحدة لمعرفة سبب الوقت الإضافي وتقليله.

الساعات تحت الطلب

إذا استخدمت وحدة التمريض نظام الدفع للممرضين عند الطلب، فإن هذه التكلفة تحسب عن طريق تقدير عدد الساعات التي عمل بها الممرضون وفقًا للطلب خلال العام، وإضافة التكلفة إلى الميزانية. وفي نظام العمل وفقًا للطلب يتم طلب العودة إلى المؤسسة، والعمل من أجل تلبية احتياجات المرضى المتزايدة.

العلاوات

قد تقدم بعض المؤسسات علاوات لتشجيع الحاصلين على شهادات ما، أو المرتقين لدرجات التقدم بالسلم الإكلينيكي. في هذه الحالة، تضيف المؤسسة كمية ثابتة من الدولارات على الأجر الأساسي لساعة عمل الشخص المختار، مثلاً، تتم إضافة دولار على أجر الساعة للممرض الذي يحصل على شهادة متخصصة. في هذه الحالة فإن أجر الممرض بالساعة سوف يتغير من ١٨ دولارا إلى ١٩ دولارًا. مثلا، فإن الممرض بدوام كامل يعمل ٢٠٨٠ ساعة بالعام (٤٠ ساعة عمل في الأسبوع× ٥٢ أسبوع بالعام)، فإن الأجر السنوي للممرض سيكون ٣٩٥٢٠ دولاراً (١٩ دولارًا × ٢٠٨٠ ساعة).

الزيادة بالمرتب

يجب أن يؤخذ في الاعتبار زيادة كفاءة العامل، وزيادة تكلفة المعيشة في وضع توقعات الميزانية. وغالباً ما تحسب هذه الزيادة كنسبة من المرتب الأساسي. مثلا، إذا زادت تكلفة المعيشة بـ ٣٪ وكان الأجر الأساسي السنوي للممرض المسجل ٤٠ ألف دولار، فإن الأجر الأساسي السنوي سيزداد ليصبح ٤١،٢٠٠ دولاراً.

اعتبارات أخرى

من العوامل الأخرى المهمة التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند توقع ميزانية المرتبات هي التغييرات في التكنولوجيا الإكلينيكية، وأنظمة تقديم الخدمات، والبرامج، والعمليات الإكلينيكية،

والقواعد القانونية. قد تؤثر تكنولوجيا الرعاية الصحية، أو الأدوات الطبية الجديدة في عدد ومهارات ووقت العاملين للتدرب على استخدام هذه المعدات، ثم يقومون بالعمل بها وصيانتها. وقد يكون من الضروري إضافة الساعات التي يقضيها العاملون في التدرب على الميزانية المستقبلية.

وتطلب اللجنة المشتركة (Joint Commission) – وهي المؤسسة التي تجيز عمل مؤسسات الرعاية الصحية – تحديد عدد معين لطاقم العمل من أجل الحفاظ على سلامة المريض (Joint Commission, 2011). مثلا، بعض المؤسسات تتطلب تواجد اثنين على الأقل من طاقم العمل في جميع الأوقات بوحدات الرعاية الحرجة، وبعض الوحدات المتخصصة، بغض النظر عن عدد المرضى المتواجدين بهذه الوحدات. أيضًا تلزم بعض الولايات بتواجد عدد معين من العاملين بالوحدات.

وتقدم بعض الأقسام كالمعمل، والخدمات البيئية، وقسم التغذية وغيرها يد العون لوحدة التمريض للقيام بمهام معينة مثل نقل المرضى، أو غيرها. ويجب تقدير وإضافة أي تغيير في حجم الدعم المقدم من هذه الأقسام وأثر هذه التغييرات على مستويات التوظيف بالوحدة في الميزانية المقبلة، فتغيرات طاقم العمل قد تؤثر على طلبات الوحدة الظاهرة في الميزانية. ولهذا يجب أن تؤخذ في الاعتبار احتياجات ضغوط العمل الإضافية في طلبات الميزانية.

ويمكن أن تطرأ أيضًا تغيرات على طريقه حساب تكاليف المؤسسة. مثلا، قد تعمم التكاليف المباشرة أو غير المباشرة التي كانت مقصورة على وحدات معينة، لتصبح تكاليف موزعة على بقية الوحدات. مثلاً، قد تجد الوحدة التي تعمل بها مسؤولة عن سداد تكلفه التدفئة، أو تكلفة خدمات الأمن التي تستخدمها. بالطبع فإن التغييرات الكبرى يتم التخطيط لها منذ فترة، ولكن بعض التغييرات المفاجئة قد تطرأ خلال العام المالي، ولهذا على الوحدة أن تمتص هذه التكاليف الإضافية وفقًا للميزانية الحالية التي تم وضعها خلال العام المالي.

إدارة ميزانيات تكاليف المعدات والتكاليف غير المرتبطة بالمرتبات

وتحدد ميزانيات تكاليف المعدات، والتكاليف غير المرتبطة بالمرتبات الأدوات المطلوبة لتشغيل وحدة التمريض بالمؤسسة. بالإضافة إلى المعدات، هناك تكاليف تشغيل أخرى ، مثل تكاليف الإيجارات والصيانة، وخدمات عقود شراء المعدات، والمعدات المكتبية قد تدفع أيضًا من ميزانية الوحدات غير المرتبطة بالمرتبات.

ويجب أولاً أن يتم تحليل هيكل التكاليف الحالية، وتحديد مدى قابلية تطبيق هذه الأنماط في الميزانية الخاصة بالسنة المالية القادمة. فأي تغيرات متوقعة في أعداد المرضى، ونوعيتهم، وخطورة حالاتهم المرضية يجب أن يؤخذ في الاعتبار، لأنها سوف تؤثر على التكاليف غير المرتبطة بالمرتبات وتكاليف المعدات للسنة المالية المقبلة. مثلا، إذا زادت فترة إقامة مريض ما، أو تم توقع زيادة عدد المرضى، وهو ما يسبب زيادة في معدات الحقن الوريدي بنسبه ٥٪، فهذه النسبة يجب أن تؤخذ في الاعتبار في أثناء وضع طلبات الميزانية للعام المالي القادم. أيضًا يجب أن يؤخذ في الاعتبار زيادات الرقم القياسي لمعدل التضخم، أو زيادة معدل مشتريات قسم ما في طلبات الميزانية للعام المالي القادم. ومن أسهل طرق حساب أثر الزيادة في الأسعار ضرب إجمالي التكاليف المقدرة للعام المالي في معامل التضخم. لتحديد الزيادة المتوقعة في الأسعار:

اضرب إجمالي التكاليف الحالية اللازمة لتقديم خدمة معينه ١٢٧٥٨ دولارًا× معامل التضخم ١,٠٥ = ١٣٣٩٦ دولاراً

كما يجب إضافة الزيادة في التكاليف مثل عقود الصيانة ، أو الإيجار في طلبات الميزانية. قد يتطلب تطبيق تكنولوجيا جديدة أو برنامج جديد أو قوانين جديدة زيادة في المعدات المطلوبة والمرتبات.

الميزانية الرأسمالية

هي من أهم مكونات الخطط ،حيث تساهم في تحقيق الأهداف طويلة الأجل للمؤسسة. وهذه الميزانية تشمل التجديدات، والأبنية الجديدة، والمعدات الجديدة، أو المعدات التي تحل محل المعدات القديمة. ويتم التخطيط لإضافة هذه التجديدات خلال فترة زمنية معينة. وتحدد المؤسسات احتياجاتها الرأسمالية على أسس شروط ومواصفات محددة. غالباً ما يتوقع أداء المعدات على مدار عام أو أكثر، وغالباً ما يقدر هذا الأداء بقيمة معينة من الدولارات ٥٠٠ دولار أو ١٠٠٠ دولار

وتعد الميزانية الرأسمالية مقيدة بحد معين من الأموال، ولهذا يجب اتخاذ القرارات الرشيدة لتحقيق أفضل توزيع للأموال على هذه الاحتياجات الرأسمالية، فتعطى الأولوية لأكثر البنود احتياجًا، فليس كل البنود التي في الميزانية ستتم تغطيتها خلال العام المالي.

ومن النادر حالياً أن يقوم مدير التمريض بإعداد الميزانية الرأسمالية، لأن أغلب المؤسسات تشتري احتياجاتها الرأسمالية وتعقد اتفاقات مع مورد واحد. وكثير من المؤسسات تمتلك أقساماً للتنسيق مع واختيار الموردين والأدوات التي تحتاجها المؤسسة، ثم تقوم بتقليص هذه الاحتياجات حسب أهميتها والقدرة على تمويلها. وغالباً ما يكون مدير التمريض مسؤولاً عن الإبلاغ عن احتياجات الوحدة التي يعمل بها ويساعد في عملية اختيار الأدوات التي يجب إحلالها أو شراؤها.

ويجب الأخذ في الاعتبار بأثر المعدات الجديدة على تكاليف الوحدة وعدد الموظفين المطلوبين لتشغيل الآلات وتكاليف الصيانة، وتضاف هذه الآثار على الميزانية التشغيلية للمؤسسة. كما يجب تحديد احتياجات الوحدة من طاقم العمل سواء الممرضين أو غير الممرضين، لتشغيل الآلة، وحجم ضغط العمل، وتكاليف تدريب طاقم العمل من أجل إضافتها في ميزانية العام المقبل.

وضع الجدول الزمني لإعداد الميزانية

غالباً ما تستغرق عمليه إعداد الميزانية ما بين ثلاثة إلى ستة أشهر. وتعتمد هذه الفترة على حجم وتعقيد عمل المؤسسة. وتبدأ هذه العملية بمديري المستوى الأول. وفي هذا المستوى الإداري لا يمتلك المدير أية صلاحيات رسمية لإعداد الميزانية، ولكنه هو الشخص الرئيس لتحديد الموارد التي تحتاجها الوحدة في العام المالي الجديد.

فيحصل المدير على معلومات من طاقم العمل عن التغييرات والتحسينات التي يحتاجها الطاقم لزيادة إنتاجية الوحدة، كما يقوم بتحديد الاحتياجات التكنولوجية الرأسمالية للوحدة. ويحتاج المدير هذه المعلومات لكي يكتب المسودة الأولى لمقترح الميزانية.

ثم يتم تمرير هذه المسودة على الهيئة الإدارية للمؤسسة. وكل مدير في المستويات الإدارية العليا يقوم بتقييم هذه المسودة، ويقوم بتعديلها. وحتى مرحلة الموافقة على الميزانية التي يقوم بها المدير التنفيذي للمؤسسة، يكون قد تمت فيها العديد من التعديلات في المقترح الأول الذي قدم إلى الإدارة.

والمرحلة الأخيرة لهذه العملية هي موافقة مجلس الإدارة أو المساهمين على الميزانية. ويجب أن يبنى الجدول الزمني للانتهاء من الميزانية قبل بداية العام المالي الجديد.

وبالطبع يجب أن يعلم المدير أسس بناء الميزانية، حتى يتمكن من التفاوض بنجاح حول البنود التي يحتاجها في هذه الميزانية. ويجب على المديرين في المستويات العليا أن يعطوا أولوية احتياجات المؤسسة كلها، حيث يتخذوا قراراتهم بشأن البنود المهمة على أسس تقارير أو أوراق تثبت أهمية هذه الاحتياجات. ويجب أن يتوقع مديرو التمريض عدم قبول كافه طلباتهم لتحل بالميزانية، ولكن عليهم أن يتفاوضوا على أولوياتهم.

مراقبة أداء الميزانية خلال العام المالي

التباين (variance) هو الفرق بين مخطط الإيرادات والنفقات المذكورة في الميزانية، وبين حجم الإيرادات والنفقات المتحققة فعليا نتيجة للقيام بأعمال المؤسسة. قد ينتج التباين من النفقات الفعلية لتقديم خدمات الرعاية التابع لأحد بنود النفقات بالميزانية خلال فترة زمنية معينة. وغالباً ما يطلب من مديري التمريض تبرير سبب هذا التباين، وكيفية تقليل أو إزالة هذه التباينات.

ويتلقى المديرون تقارير ملخصة للنفقات التي قام بها القسم (انظر الجدول ١٤-١). بالماضي، كانت تبعث تقارير شهرية ورقية للمديرين. أما الآن، فإن التكنولوجيا الحديثة تسهل هذه العملية، حيث يتم التواصل وإرسال هذه التقارير فورياً وبسرعة وهو ما يمكن المديرين من ضبط الميزانية بسرعة.

وتظهر هذه التقارير بنود النفقات التي تم وضعها في الميزانية، والنفقات الفعلية، والتباين بين الاثنين، ونسبة التباين عن الميزانية الأصلية. وغالباً ما تظهر هذه التقارير الفرق بين بنود التكاليف الفعلية للفترة التي تعد فيها التقارير، وبين بنود التكاليف التي كان مخططاً لها في الميزانية عند هذه الفترة الزمنية التي يجرى فيها التقرير.

لتقييم التباين ينبغي أن:

- تحدد البنود التي تتخطى أو تقل عن تلك المذكورة في الميزانية.
- تحدد أسباب هذا التباين (بسبب أحداث طارئة أو سبب مستمر الحدوث).
- تكتب ملاحظات حول ما تعلمته في هذه السنة، وكيفية الاستفادة من ذلك عند إعداد ميزانية العام القادم.

• تحدد تكلفة الوقت الإضافي لطاقم العمل، والمرتبات التي يحصل عليها الطاقم الإضافي.
• تقوم بتقييم تكلفة طاقم العمل الإضافي والوقت الإضافي، واكتب ملاحظات حولها.

وكتابة الملاحظات باستمرار خلال العام المالي يقي من اعتبار عملية إعداد الميزانية تحدياً سنوياً، حيث يصعب تذكر وكتابة الأحداث وأسبابها التي وقعت في الاثني عشر شهرًا ، وهو ما يجعل عملية إعداد الميزانية المقبلة أمرًا صعبًا.

تحليل التباين

وبسبب الأحداث اليومية، يصعب تحقيق تماثل بين ما هو متوقع في الميزانية وبين ما حدث فعليًا. ومن أهم مسؤوليات المدير أن يقوم بإدارة الموارد المالية لقسمه، والاستجابة إلى التباينات التي قد تحدث في أوقات معينة. تضع المؤسسات مستوى مقبولاً من التباين، فإذا زاد عنه يتم التحقيق في أسباب الزيادة وشرحها ويطلب من المدير أن يبرر أسباب هذه الزيادة. هذا المستوى قد يحدد بقيمة كمية من الدولارات مثلاً ٥٠٠ دولار، أو قد يحدد بنسبه مثل ٥-١٠٪ زيادة عن الميزانية. ولتحديد أسباب التباين، على مدير التمريض أن يراجع الأنشطة التي قام بها القسم خلال نفس الفترة الزمنية ولكن بالعام الماضي. قد يكون سبب التباين هو زيادة عدد المرضى، أو حدة مرضهم وهو ما يولد مزيدًا من النفقات على المرتبات أو الأدوات. وفي كثير من الحالات قد لا تحدث التباينات بشكل مستقل، فقد تنتج التباينات عن أنماط موسمية تحدث في أوقات محددة خلال العام (مثل تكاليف الصيانة السنوية بموجب عقد تم إجراؤه مع أحد الموردين). قد تأخذ التكاليف اتجاهاً عاماً متزايدا أو متناقصاً خلال العام المالي. ويجب على المدير أن يفهم ويعرف أسباب التباين، حتى وإن لم يكن مسؤولاً عن هذا التباين.

ولتحديد هل هذا التباين ضارٌ أم حميدٌ، يجب الربط بين التباين مع أثره على المؤسسة. ويأخذ هذا الربط شكل التكاليف والإيرادات، فإذا تم تحقيق إيرادات أكثر من المتوقع، فإن التباين يكون حميدًا في هذه الحالة، أما إذا كانت الإيرادات الفعلية أقل من المتوقعة يكون التباين سلبياً. وبنفس الطريقة إذا كانت التكاليف المتحققة أقل من المتوقعة فإن التباين يكون حميدًا، إما إذا كانت التكاليف الفعلية أكبر من المتوقعة فإن التباين يكون سلبيا.

قد يتلقى مدير التمريض تقريرًا للنفقات مشابهاً للآتي:

النفقات المتوقعة	النفقات المتحققة	التباين (بالدولارات)	نسبة التباين من الميزانية المخططة
$٣٤٥٦٠	$٣٦٩٥٨	(٢٣٩٨)	(٦,٩٪)

هذا التباين في النفقات سلبي لأن النفقات الفعلية أكبر من المتوقعة. في هذا المثال تم إنفاق أموالٍ على الأدوات الجراحية والطبية أكثر من المخطط له في الميزانية.

إذا لم يتم ذكر النسبة المئوية للتباين عن الميزانية المتوقعة في التقرير يمكن حسابها كالآتي:

$$\frac{2398\$}{34560\$} = 0.069$$

اقسم قيمة التباين بالدولار على الميزانية المتوقعة ثم اضرب الناتج في ١٠٠

$$0.069 \times 100 = 6.9\%$$

إذن فإن نسبة الزيادة عن الميزانية المخططة هي ٦,٩٪

التباين في المرتبات

وتنتج التباينات في نفقات المرتبات بسبب تغير حجمها ومعدلها وكفاءتها. وترتبط هذه العوامل ويؤثر بعضها في البعض. **والتباين في حجم المرتبات** ينتج عندما تختلف متطلبات ضغط العمل المتوقعة عن الفعلية بسبب زيادة عدد المرضى، فزيادة عدد المرضى وفترة إقامتهم يزيد من النفقات المدفوعة للمرتبات، وهو ما يؤدي إلى حدوث تباين سلبي. وبالرغم من أن التباين يكون سلبيا إلا أنه من المفترض حدوث زيادة في إيرادات المؤسسة، ولهذا يجب أن يكون أثر هذا التباين محبباً لدى المؤسسة ، حتى وإن تسبب هذا التباين في زيادة تكاليف المرتبات بقسم التمريض.

التباين في كفاءة المرتبات أو التباين الكمي،: وهو الفرق بين عدد ساعات الرعاية التمريضية المتوقعة والفعلية، حيث تؤثر الحالة الطبية للمريض ومهارات التمريض وإدارة الوحدة والتكنولوجيا والإنتاجية على عدد ساعات الرعاية التمريضية الفعلية للمريض. وإذا كان عدد الساعات التمريضية الفعلية أعلى من المتوقع، فإن التباين يكون سلبياً، حيث تم تقديم ساعات رعاية تمريضية أكثر، وتم الدفع مقابل هذه الزيادة. أما في حالة دفع عدد ساعات تمريضية فعلية أقل

من المتوقعة، فإن ذلك يعني أن طاقم العمل كفء ، أو أن طاقم العمل لديه مهارات تمريضية عالية. وهذا يعني تحقق تباين حميد (أي تحقق الكفاءة). وقد يحدث التباين السلبي (عدم الكفاءة) نتيجة لزيادة عدد طاقم العمل عن العدد الأمثل، أو انخفاض كفاءة وخبرات طاقم العمل، أو نتيجة لاستقبال مرضى ذوي حالات أكثر خطورة مما كان متوقعاً في أثناء إعداد الميزانية.

التباين في معدل المرتبات أو التباين في سعر الممرض: يحدث نتيجة اختلاف معدل أجر ساعة العمل الفعلية عن المتوقعة. يحدث التباين الحميد نتيجة لانخفاض المرتبات المدفوعة لطاقم العمل حديث السن، والذي ليس لديه خبرات. أما التباين السلبي فيحدث نتيجة لزيادة مرتب طاقم العمل، أو نتيجة لاستخدام المزيد من طواقم العمل.

التباين في النفقات غير المتعلقة بالمرتبات

ويحدث التباين في النفقات غير المتعلقة بالمرتبات بسبب التغييرات الطارئة على عدد المرضى، وأنواعهم، وكميات الأدوات وثمنها. فقد تزيد تكلفة الأدوات بسبب التغييرات التكنولوجية، أو تطبيق قوانين جديدة تتطلب استخدام أنواع جديدة من المعدات.

التحكم في الوظائف

ويعد التحكم في الوظائف إحدى الأدوات التي يستخدمها مدير التمريض لمراقبه أداء الميزانية. والتحكم في الوظائف يستخدم للمقارنة بين عدد الموظفين العاملين فعليا بالوحدة، وعدد موظفي الدوام الكامل FTEs الذين كان من المخطط إدراجهم في الميزانية . والتحكم في الوظائف هو قائمه تضم مناصب الموظفين العاملين بدوام كامل، والذين من المفترض أن يعملوا في مراكز التكلفة بالمؤسسة. ويتم تقسيم اللائحة وفقًا لنوع الوظيفة، أو المنصب، مثل مدير التمريض، أو الممرضين المسجلين، أو الحاصلين على رخصه التمريض، أو المساعدين. ويجب أن يقوم مدير التمريض بتحديث قائمة التحكم في الوظائف، فيحدث الأسماء والتغييرات التي تحدث لهم كالاستقالات أو توظيف ممرضين جدد، أو إحلال آخرين غيرهم .

المشكلات المؤثرة على أداء الميزانية

مشاكل السداد

قد يضطر المدير للتعامل مع المشكلات المتعلقة بالدفع مثل المشاكل الآتية:

• أن ترفض شركة التأمين الدفع مقابل إقامة المريض: قد تعتقد شركة التأمين أن المريض كان سيخرج من المستشفى في يوم ما، ولكن المستشفى قد قرر إبقاءه لأسباب إكلينيكية، فترفض شركة التأمين الدفع مقابل الفترة الإضافية التي سيقضيها المريض في المستشفى.

وهناك ثلاث طرق لحل المشكلة وهي:

١. اطلب من الطبيب أن يذكر الأسباب الإكلينيكية التي تحول دون خروج المريض وقدم تقريرًا للشركة بهذه الأسباب.

٢. تفاوض مع شركة التأمين حول المقابل الذي عليها أن تدفعه ويجب أن يكون الاتفاق مرضياً للطرفين.

٣. استخدم مجموعة من العاملين لمراجعة تقارير حالة المريض والنتائج المعملية والأعراض والتحاليل التي قام بها المريض خلال الفترة التي ترفض الشركة الدفع مقابلها، وقدم هذه التقارير للشركة طالبًا منها دفع هذه التكاليف التي تمت في الفترة التي كان يجب على المريض أن يقيم فيها بالمستشفى.

• المريض يعترض على تكاليف الإقامة بالمستشفى ويرفض الدفع: يقوم المريض بإجراء عملية قسطرة محيطية (PICC line) peripherally inserted central catheter)) لحقن المضاد الحيوي وريدياً، ومن المفترض أن تزال هذه القسطرة بعد أسبوع أو أسبوعين. ولا يعد إجراء PICC لمدة أسبوع أو أسبوعين أمراً ضرورياً للحقن المضاد الحيوي وريديًا، لأنها لا تظل تعمل بصورة جيدة لفترة طويلة، كما قد تصيب المريض بالتهاب وريدي. وبعد أن تم وضع PICC لمدة يومين أمر الأطباء بإزالته وإيقاف الحقن الوريدي بالمضاد الحيوي. ولهذا يرفض المريض الدفع مقابل PICC لأنها لم تستعمل لمده أسبوعين كما قال الأطباء، فهو يرى أنه ليس عليه الدفع مقابل تقلب آراء الأطباء.

يمكن حل هذه المشكلة من خلال اتباع ثلاث طرق مختلفة هي:

١. تناقش مع المريض حول حالته الطبية، وعرفه أهمية العملية الأولى التي قام بها موضحًا أن عمليةPICC كانت عملية مبررة ومنطقية، وأكد أن المستشفى لن تتنازل عن مستحقاتها المالية.

٢. تفاوض مع المريض حول المستحقات التي عليه دفعها مؤكدًا أن عمليةPICC كانت ضرورية ولكنها لم تستمر للفترة التي كان من المفترض الإبقاء عليها.

٣. وافق على التنازل عن ثمن عمليةPICC.

• عدم قدرة المريض على الدفع مقابل الأدوية التي سيحصل عليها بعد الخروج من المستشفى: كانت المريضة في طريقها للعودة إلى المنزل، ولكن المستشفى تصرف لها مضاداً حيوياً مرتفع الثمن. والتأمين لا يغطي تكلفة هذا المضاد الحيوي (٢٠٠ $)، وهي لا تستطيع تحمل عبئه، ولهذا يحاول فريق الرعاية الصحية إيجاد مصدر للدفع مقابل هذا المضاد أو البحث عن بديل له.

تأثير طاقم العمل على المؤسسة

قد يؤثر طاقم العمل على الأداء المالي للمؤسسة. فقد يحدث التباين السلبي بسبب سوء استخدام الإجازات المرضية والتوسع في استخدام الوقت الإضافي، وزيادة عدد الاستقالات، والاستخدام السيئ للموارد. ويتحمل المدير مسؤولية شرح أهداف الوحدة لطاقم العمل، وتوضيح مسؤولية كل فرد في تحقيق أهداف المؤسسة.

تحسين الأداء

طبقت أغلب المؤسسات عدداً من البرامج المختلفة والمحفزات لزيادة وعي طاقم العمل وتقليل التكاليف. ويتناول الفصل العشرون عدداً من الطرق لتقليل نسب الغياب والاستقالات، حيث يمكن زيادة وعي طاقم العمل بالتكاليف عن طريق وضع بطاقة ثمن على المعدات، وتوضيح تكلفة الأدوية على بطاقات الأدوية أو المساءلة. وتساهم مشاركة طاقم العمل في عمليات تحسين الجودة في تخفيض التكاليف، ويمكن توزيع حوافز لطاقم العمل إذا حققت المؤسسة صافي ربح معقولاً، أو إذا زادت تكلفة المعيشة.

يجب أن يتم عمل الوحدة والوردية، حتى إذا أراد أحد العاملين التقدم بإجازة. ويجب على مدير التمريض أن يوظف طاقم العمل لتغطية عمليات الوحدة، حتى وإن قام بعض الممرضين بإجازات، وذلك للاستغناء عن تكلفة الوقت الإضافي. ويمكن استخدام جمعية طليقة (Float pool) أو طاقم عمل وفقًا للطلب من أجل الإحلال محل الموظفين الذين في إجازات، ويجب أن يخطط مدير التمريض لكيفية تغطية الوقت الذي يقدم فيه الممرضون إجازة بأقل تكلفة ممكنة.

أداء المستشفيات الجاذبة

في المستشفيات الجاذبة يحصل الموظفون على تدريب لعملية إعداد الميزانية وطريقة التخطيط للموارد المالية للوحدات المختلفة. ويأخذ طاقم عمل الممرضين قرارات ممتازة عن الموارد الضرورية الاستخدام. ويتم تمكين طاقم العمل من اتخاذ القرارات التي ستؤثر على طريقة عملهم. مثلاً، يقوم الممرض المسؤول بإجراء مكالمات لطلب مزيد من الممرضين للعمل. تتولى الجمعية الطليقة مسؤولية تقديم المساعدة، بالرغم من أنها لا تعلم ما المهمات الموكلة إليها. يقوم الممرض

المسؤول بالاتصال بمكتب الموارد البشرية ليسأله إن كانت الوحدة محتاجة مساعدات إضافية، ثم يقوم باتخاذ القرار. كما قد يتخذ الممرض المسؤول وبقية الزملاء قراراً بإعطاء إجازة لأحد الممرضين إذا كان العمل قليلاً، أو إذا كان هناك ضغط عمل على الوحدة، فيقررون طلب أحد الممرضين للعمل.

وتمثل إدارة الموارد المالية تحدياً لمدير التمريض. ويزداد هذا التحدي بسبب القوانين والقواعد المتعلقة بإصلاح نظام الرعاية الصحية، ولهذا يجب الانتباه جيدًا لتحقيق التوازن بين التكاليف وتحقيق متطلبات جودة وسلامة المريض. انظر كيف قام أحد مديري التمريض بإدارة ميزانيته في دراسة الحالة (١٤-١).

دراسة الحالة (١٤-١). إدارة الميزانية:

يعمل بايرون مارشال كمدير تمريض لأحد الأقسام الجراحية بمستشفى متخصصة لعمليات العظام. وقد تلقى بايرون خطاباً من نائب رئيس الخدمات الإكلينيكية تبلغه فيه أنه ستتم مراجعة للميزانية المنتهية في نهاية الشهر. كان بايرون حريصًا على تدوين ملاحظات والإبقاء على التقارير المالية للاثني عشر شهرا الماضيين، وذلك لاستخدامها في إعداد احتياجات قسم الجراحة والتي ستضاف على الميزانية المقبلة.

وتلقى بايرون تقارير شهرية عن إيرادات وتكاليف قسمه، وقام بمراجعة ميزانية كل شهر لقياس التباين الذي حدث في كل شهر عن الميزانية المخططة. مثلاً، كانت تكاليف الصيدلية في شهر إبريل أعلى بنسبه ١٥٪ من الميزانية المخططة، ولاحظ بايرون أن عدد العمليات الجراحية التي تم إجراؤها في هذا الشهر كانت أعلى من عدد العمليات التي تمت بالعام الماضي بنسبه ٣٠٪، وهو ما أدى إلى ارتفاع الطلب على الأدوية. كما لاحظ أن مرتبات طاقم التمريض كانت أعلى من المخطط له. وذلك يعود إلى زيادة عدد العمليات، التي تسببت في إضافة ممرضين إلى هذه الوحدة . وقام بايرون بالاحتفاظ بموافقات قسم الموارد البشرية ونائب الرئيس لإعطاء إجازات للممرضين خلال العطلة الصيفية، وذلك لتبرير التكلفة الكلية للمرتبات.

سيستخدم بايرون هذه التقارير والمعلومات الخاصة بالاثني عشر شهرًا الماضية في إعداد ميزانيه قسمه للعام القادم. وقدطالب قسم الموارد البشرية بزيادة المرتبات لمواجهة زيادة تكلفه المعيشة، كما طالب قسم إدارة الأدوات بزيادة تكاليف الأدوات الجراحية الأدوية بنسبه ٢٠٪. وطالب بايرون بتغيير طاولتين جراحيتين وثلاث نقالات، حيث قام طاقم العمل بطلب هذه المعدات خلال اجتماعهم مع بايرون لتقرير احتياجات القسم التي ستضاف للميزانية. وتعد المناقشات حول الميزانية أحد الأركان المهمة في الاجتماعات بين طاقم العمل وبايرون ويقدم بايرون نسخاً للميزانية الفعلية التي حدثت كل شهر للطاقم، حيث وجد بايرون أن إخبار طاقم العمل بالتكاليف والإيرادات التي يحققها القسم تساهم في ترشيد استخدام المواد والوقت الإضافي للممرضين.

بايرون متأكد من أن الميزانية ستكون دقيقة وستنتهي في الوقت المحدد لها، وذلك بسبب استعداده الشهري، واحتفاظه بالتقارير، وتحليله الدقيق.

الدروس المستفادة:

على مدير التمريض القيام بالآتي:

- تعلم وتفهم مسؤوليات التخطيط المالي لقسمه.
- مراجعة تقارير الإيرادات والتكاليف، فتحقيق الكفاءة والدقة.
- تتبع أسباب حدوث التباين.
- التخطيط للاحتياجات الرأسمالية بشكل مستمر.
- تعريف الزيادات أو الانخفاضات في التكاليف التي يحتاجها القسم.
- إعداد ميزانية كاملة تقدم للإدارة.

الخلاصة:

- الميزانية هي بيان كمي موضح بالوحدات النقدية، يعرف خطط وتوقعات المؤسسة لفترة زمنية معينة.
- الميزانية التشغيلية هي بيان المؤسسة للتكاليف والإيرادات المتوقعة خلال فترة زمنية محددة.
- ميزانيه الإيرادات هي الإيرادات المتوقعة لتقديم خدمات الرعاية للمرضى خلال فترة زمنية معينة وهي تعتمد على عدد المرضى، ونوعهم ومعدلاتهم والخدمات الممنوحة إليهم. تعد وحدات التمريض مراكز تكلفة، ولكنها قد تصبح مراكز إيرادات، أو مراكز أرباح، أو مراكز استثمار.
- مدير التمريض قد يتحمل مسؤولية طاقم عمل، أو تقديم خدمات من أكثر من قسم.
- يقوم مدير التمريض بتحديد التكاليف الرأسمالية وتكاليف المرتبات والتكاليف التشغيلية المتعلقة بإدارة جيدة.

• موظفو الدوام الكامل يعملون ٤٠ ساعة أسبوعيا طوال ٥٢ أسبوعًا، أو يعملون ٢٠٨٠ ساعة طوال العام.

• السيطرة على الوظائف هي قائمة من موظفي الدوام الكامل، وهي تقارن بين عدد الموظفين المتوقعين والفعليين باختلاف مناصبهم ووردياتهم .

• التباين هو الفرق بين التكاليف والإيرادات المخططة وبين التكاليف والإيرادات الفعلية.

• يتطلب مراقبة أداء الميزانية انتباهًا للتباينات وأسبابها.

أدوات إدارة وإعداد الميزانية

• اعرف عملية إعداد الميزانية الخاصة بمؤسستك.

• حدد عدد الموظفين بالدوام الكامل الذين تحتاجهم إدارتك.

• احسب ميزانية المرتبات والميزانية غير المتعلقة بالمرتبات محددًا بداخلها العوامل المختلفة وزيادات المرتبات.

• راقب التباينات، وحدد التباينات السلبية، واكتب ملاحظات حولها، واحتفظ بها.

• تعرف على العوامل التي لا تستطيع السيطرة عليها، مثل التغيير التكنولوجي ، أو التكاليف المباشرة، وغير المباشرة التي قد تؤثر على الميزانية وأدائها.

• شجع طاقم العمل لمراقبة استخدام الموارد سواء المعدات أو الوقت.

التقويم :

• هل تعد ميزانية لمرتبك ونفقاتك؟ كيف تقوم بإدارتها؟ إذا لم تعد ميزانية قم بإعدادها الشهر المقبل وما النتائج.

• كيف تدير مؤسستك مواردها؟ هل تديرها بشكل جيد؟ اقترح وسائل تحسين هذه الإدارة؟

• هل هناك مهام تتم في مؤسستك، ولكنك ترى أنها غير مهمة، وغير ضرورية، أو مكررة، أو قد تتم بطريقة أفضل؟ وضح.

• هل تهدر مؤسستك الموارد المتعلقة بالمرتبات، أو غير المتعلقة بالمرتبات؟ إذا لم يكن هناك إهدار اذكر الطرق التي قد تهدر بها المؤسسة مواردها.

المراجع

Carrick, L., Carrick, L., & Yurkow, J. (2007). A nurse leader's guide to managing priorities. *American Nurse Today, 2*(7), 40–41.

Gentry, W. A., Harris, L. S., Baker, B. A., & Leslie, J. B. (2008). Managerial skills: What has changed since the late 1980s. *Leadership & Organization Development Journal, 29*(2), 167–181.

Jones, L., & Loftus, P. (2009). *Time well spent: Getting things done through effective time management*. Philadelphia, PA: Kogan Page.

Merritt, C. (2009). *Too busy for your own good.* New York: McGraw Hill.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

الفصل الخامس عشر

اختيار وتوظيف طاقم العمل

عملية الاختيار والتوظيف:

توظيف المتقدمين للعمل

- أين نبحث عن الموظفين
- كيف نبحث عن الموظفين
- متى نبحث عن الموظفين
- كيف نروج للمؤسسة
- التدريب بوصفه إحدى إستراتيجيات التوظيف

اختيار المرشحين:

المقابلة الشخصية مع المرشحين

- مبادئ تحقيق كفاءة المقابلة الشخصية
- إشراك الموظفين في المقابلة
- مصداقية وصلاحية المقابلة

اتخاذ قرار التوظيف:

- التعليم والخبرة والرخصة
- دمج المعلومات
- تقديم عرض توظيف

القوانين الخاصة بالتوظيف

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

- كيفية توظيف المتقدمين للوظيفة؟
- كيفية اختيار المرشحين للعمل؟
- كيف تقوم بإجراء المقابلة الشخصية مع المرشحين؟
- كيف تفرق بين الأسئلة اللائقة وغير اللائقة في أثناء إجراء المقابلة الشخصية مع المرشحين؟
- كيف تتخذ قرارات التوظيف؟
- ما المسائل القانونية اللازمة لإتمام عملية التوظيف؟

عملية الاختيار والتوظيف

من الضروري اختيار وتوظيف طاقم عمل يساهم بإيجابية في إتمام أعمال المؤسسة، خاصة في ظل التغييرات السريعة التي تطرأ على نظام الرعاية الصحية. ومن أكبر المشكلات التي تقف حائلاً لهذه العملية الانخفاض في إعداد الكوادر التمريضية (U.S.Department of Labor, 2011). ويعد اختيار وتوظيف وتدريب موظف ما أثبت عدم جدارته في أداء العمل أمرًا مكلفًا للغاية، وتعد تكاليف مباشرة غير ضرورية على الإطلاق. وقد تكون التكاليف المستترة لتوظيف عامل غير كفء أكثر تكلفة، فقد يؤدي ذلك إلى انخفاض كفاءة العمل، وإزعاج بقيه الموظفين والمرضى، والتسبب في حاله من عدم الرضا.

والغرض من عملية اختيار وتوظيف الأفراد هو الربط بين الأفراد والوظائف التي تناسبهم. وغالباً ما توزع مسؤولية اختيار وتوظيف العاملين على قسم الموارد البشرية، الذي قد يشمل أحد المرضين الممارسين لمهام توظيف طاقم العمل. ويمتلك مديرو الخط الأول للتمريض أكبر معلومات عن متطلبات الوظيفة، وهم أيضًا أحسن من يقوم بوصف الوظيفة للمتقدمين للعمل. أما قسم الموارد البشرية فهو مسؤول عن عملية الاختيار المبدئية ومراقبة عملية التوظيف من أجل التأكد من هذه العملية تتبع القواعد القانونية بشكل صحيح.

ويجب على المسؤولين عن عملية التوظيف أن يتعرفوا أولاً على الوصف الوظيفي للمناصب الشاغرة. ويشمل **الوصف الوظيفي** تعريفًا للمهارات والقدرات والمعارف التي يجب على المتقدم للوظيفة أن يحوزها (انظر الصندوق ١٥-١).

ويجب أن يشمل الوصف الوظيفي الشروط والإرشادات اللازمة لأداء الوظيفة، كما يشمل الآتي:

- الواجبات والمسؤوليات الرئيسة للوظيفة.
- المهام التي يجب أن يقوم بها شاغل المنصب.
- المتطلبات الشخصية الضرورية للعمل بهذه الوظيفة (الصفات، والمهارات، والقدرات، والمعارف).
- السلوكيات الدالة على كفاءة صاحب هذا المنصب (قد تتواجد في الوصف الوظيفي أولاً).

الصندوق (١٥-١). بطاقة الوصف الوظيفي لمنصب ممرض مسجل لوحدة الرعاية الحرجة:

نظرة عامة على الوظيفة :

الممرض المسجل لوحدة الرعاية الحرجة مسؤول عن رعاية المرضى المصابين بأمراض مهددة للحياة. ويعمل الممرض المسجل تحت إشراف وإدارة مدير تمريض وحدة الرعاية الحرجة.

المؤهلات المهنية:

١ .أن يكون مسجلاً لدى هيئة التمريض التابعة للولاية.

٢ .أن يكون لديه خبرة سابقة لا تقل عن عام في مجال التمريض بوحدات الرعاية الحرجة،وتكون هذه الخبرة حديثه العهد، أي لا يمر عليها أكثر من سنتين أو ثلاث سنوات.

٣.أن يكون لديه مهارات أساسية في دعم أنظمه الحياة (Basic life support (BLS) وذلك شرط إجباري، ويستحسن أن يكون لديه خبرات متقدمة في علميات دعم القلب والأوعية الدموية (Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)، وأن يكون قد حصل على تدريب في رعاية الصدمات (Trauma Nursing Core Course (TNCC). ويجب أن يحصل الممرض على ACLS خلال ستة أشهر من الحصول على الوظيفة.

المسؤوليات:

١. يقيم حالة كل مريض على حدة داخل القسم ثم يحدد أولويات الرعاية التي يحتاجها المرضى بناء على هذا التقييم.

٢. يقوم بالتقييم الإضافي لحالة المرضى بناء على البروتوكول وأوامر الأطباء.

٣. يدير الأدوية والممارسات العلاجية التي أمر بها الأطباء للمرضى في الأوقات المحددة لها.

٤. يرسم ويدير خطة رعاية لكل مريض، ويقوم بالتدخل في رعاية حالته باستخدام الممارسات التمريضية.

٥. يعلم المرضى وعائلاتهم كيفية رعاية أنفسهم بعد أن يخرجوا من المستشفى.

٦. يسجل الحالة الصحية للمريض، والأدوية والعلاج الذين يحصل عليهما، ومدى استجابة المريض للعلاج والتدخلات في حالة المريض الصحية، وذلك بصورة دورية وفي الأوقات الصحيحة لذلك.

٧. يقوم بعمليات الإنعاش الطارئة وفقا لبرتوكولات ACLS.

٨. يدير التقارير الخاصة بالمرضى وعائلاتهم بمنتهى الصرامة والسرية.

٩. يقدم خدمات الرعاية الصحية بطريقه محترمه وملائمة لحاجه المرضى وعائلاتهم، ويعمل على حماية كرامة وحقوق المرضى وعائلاتهم.

١٠. إبلاغ طاقم العمل المناسب عند تغير الحالة الصحية للمريض.

١١. الحصول على شهادة ACLS بعد التوظيف بستة أشهر، وإذا كان يملك الشهادة فعليه أن يبقي عليها.

١٢. أن يحصل على التدريبات التي تقدمها وحدة الرعاية الحرجة سنوياً للحفاظ على كفاءة الموظفين في تقديم خدمات الرعاية الحرجة للمرضى.

توظيف المتقدمين للعمل

والهدف من عملية التوظيف هو جذب وتحديد أكبر عدد من المتقدمين للعمل، حتى يمكن اختيار العدد المطلوب من الأفراد المؤهلين للوظيفة من هذا التجمع للمتقدمين للعمل. وبالرغم من أن العملية الرئيسة لتوظيف المتقدمين يقوم بها قسم الموارد البشرية، إلا أن مديري التمريض وطاقم عمل التمريض يلعبون دورًا مهمًا في هذه العملية، وتكون عملية التوظيف أسهل إذا ما قام العاملون بنشر خبر احتياج المؤسسة لتوظيف طاقم عمل إضافي، مما يوفر تكاليف الإعلان.

ومن أفضل إستراتيجيات التوظيف التي يمكن اتباعها السمعة الجيدة للمؤسسة وسط ممرضيها. وقد أكدت دراسة لأيكين أن بيئة الرعاية الصحية الإيجابية لا تقلل فقط من نسب وفيات المرضى، بل أيضًا تحسن من نظرة الممرضين لمناخ العمل الذي يعملون به (Aiken *et al.*, 2008). وأوضحت دراسة لبرادي شوارتز (٢٠٠٥) أن الممرضين العاملين بالمستشفيات الجاذبة يشعرون

بنسبة أكبر من الرضاء الوظيفي الذي يشعر به الممرضون العاملون في المستشفيات غير الجاذبة، لهذا فإن الممرض الراضي عن عمله يتحدث بفخر أكبر عن منظمته.

كما ويؤثر مدير التمريض على مقدرة الوحدة لاجتذاب والإبقاء على الموظفين العاملين بها، فمدير التمريض الذي يخلق مناخاً إيجابياً للعمل من خلال استخدام المهارات القيادية والخبرات الإكلينيكية يستطيع أن يؤثر بصورة إيجابية على عملية التوظيف، وذلك لأن الطاقم المتقدم للعمل سيعلم ذلك، وسينجذب للعمل في هذه الوحدة أو الفريق. وعلى العكس، فإن الوحدة التي يديرها مدير مستبد، ستكون بها نسبه عالية من الاستقالات، وستنخفض القدرة فيها على اجتذاب ممرضين ذوي كفاءة عالية.

أي إستراتيجية توظيف يجب أن تشمل أربعة عناصر هي:

١. أين نبحث عن موظفين.
٢. كيف نبحث عنهم.
٣. متى نبحث عنهم.
٤. كيف نروج للمؤسسة.

هذه العناصر قد تتأثر بالمنافسة السوقية، وانخفاض أعداد المرضين، ومكان المؤسسة، وسمعتها.

أين نبحث عن الموظفين

أفضل مكان تبحث فيه أغلب مؤسسات الرعاية الصحية هو المنطقة الجغرافية المحيطة بمكان المؤسسة. ولكن بسبب النقص في أعداد الممرضين، تقوم العديد من المؤسسات بالبحث عن الموظفين على المستوى القومي. ولكن هذه الجهود قد تذهب سدى لأن أغلب الممرضين يفضلون العمل بجوار أماكن إقامتهم. وإن كانت المؤسسة في إحدى العواصم الكبرى بالبلاد فإن عملية البحث عن موظفين تكون أكثر سهولة، أما إذا كانت المستشفى في مكان ريفي، فغالباً ما قد تحتاج المؤسسة إلى البحث عن عاملين من أقرب مدينة. وتميل المؤسسة إلى البحث عن العاملين في الأماكن التي سبق البحث فيها، وكانت نتائج البحث في هذا المكان إيجابية. وأغلب المؤسسات تتبع إستراتيجية تراكمية البحث التي تبحث أولاً في محيط منطقتها الجغرافية ثم توسع من جهودها في مناطق أخرى حتى تجمع العدد الذي تحتاجه من المتقدمين للوظيفة.

ولأن أغلب الباحثين عن وظيفة يفضلون التقدم إلى الوظائف القريبة من منازلهم، فعلى المؤسسة أن تركز مجهوداتها على الممرضين الذين يعيشون بجوارها. قد يقوم مجلس التمريض داخل الدولة بتوفير أسماء الممرضين المسجلين وعناوينهم البريدية، وذلك لمساعدة المؤسسات في استهداف بحثها عن العاملين، وجذب هؤلاء الذين يقطنون بجوارها. وقد تطلب المؤسسات كذلك من شركات التوظيف الكبرى المساعدة في البحث عن الممرضين.

وقد تقدم كليات التمريض المساعدة للمؤسسات من خلال عقود تعاونية لمنح الطلاب فرصة للتقدم في الوظائف، فتدريب الطلاب في أثناء الدارسة، ومنحهم فرصة العمل كمقيمين بالمستشفى في أثناء الدراسة يساعد على تحفيز هؤلاء الطلاب للتقدم لطلب وظائف في هذه المؤسسة بعد تخرجهم. ويلعب الممرضون الذين يدربون هؤلاء التلاميذ دورًا مهمًا في عملية التوظيف، حيث ينجذب الطلاب للعمل في المؤسسة عندما يرون أن تلك المؤسسة تقدر عمل ممرضيها، وتخلق لهم مناخ عمل إيجابي.

يعد توظيف الطلاب كمساعدين إحدى أدوات التوظيف التي قد تلجأ إليها المؤسسة، فبهذه الطريقة تسمح للطلاب أن يتعرفوا على المؤسسة وما تستطيع أن تقدمه لهم عندما يتخرجون. أيضًا باستخدام هذه الإستراتيجية قد تقرر المؤسسة توظيف بعض الطلاب بعد إكمال دراستهم. وقد تساعد بعض المؤسسات في تسديد فاتورة تعليم الطالب إذا قبل الطالب العمل لدى المؤسسة بعد تخرجه. ومن أهم العوامل التي يهتم بها الخريج الحديث في بداية حياته المهنية البرنامج التوجيهي، حيث ينظرون إلى البرنامج التوجيهي على أنه أول خطوة ناجحة في حياتهم المهنية، والتي ستساعدهم فيما بعد للحصول على فرص عمل أفضل أيضًا، فمن أهم العوامل التي يهتم بها الخريجون سمعة المؤسسة، والمزايا التي تقدمها، وفرص الترقية، ونسبة الممرضين للمرضى.

كيف نبحث عن الموظفين

أكثر الأساليب شيوعا في الإعلان عن الوظائف الشاغرة هي النشر على المواقع الإلكترونية المتخصصة في عمليات التوظيف مثل موقع (www.monster.com) أو في محركات البحث عن الوظائف المتخصصة لمهنة التمريض (www.nurse.com). وتقدم بعض الجمعيات المهنية خدمات للبحث عن

وظائف لمهنة التمريض مثل: المؤسسة الدولية سيجما ثيتا تأو (SigmaTheta Tau International (http://stti.monster.com)) ولجنة الممرضين الأمريكيين (American Nurses Association وموقعها الإلكتروني (www.nursingworld.org/careercenter). وقد تستخدم المواقع المتخصصة في مناصب معينه مثل المؤسسة الأمريكية للممرضين المتخصصين في العمليات الجراحية (American Organization of periOperative Nurses (http://www.aorn.org) لنشر إعلانات الوظائف المتخصصة كمناصب الممرضين المتخصصين في العمليات الجراحية. ومن مصادر التوظيف الآتي: معارف الموظفين، والإعلان عن الوظائف في الجرائد، وحضور مؤتمرات وظيفية، والاشتراك في معارض التوظيف، وزيارة المؤسسات التعليمية، والتعاقد مع وكالات التوظيف (الخاصة والعامة). ويمكن استخدام الصحف المهنية، ومواقع الإنترنت، والتلفزيون في الإعلان عن الوظائف الشاغرة.

وفي أوقات النقص الحاد في أعداد الممرضين، تقوم بعض المؤسسات بمنح حوافز لطاقم العمل الذي يستطيع أن يرشح أحداً ما للعمل بالمؤسسة، كما تمنح حافزاً إلى المتقدم للعمل أيضًا. ويعد ترشيح الموظفين، أو المعارف من أسرع طرق توظيف الممرضين وأقلها تكلفة، ولكن هذا الأسلوب يثبت الهيكل الاجتماعي أو الثقافي الحالي لقوة العمل. من الناحية الأخلاقية والقانونية لا يجب تفضيل بعض المتقدمين للعمل عن الآخرين بسبب عرقهم أو جنسهم أو أقليتهم أو إعاقتهم (أن وجدت). وتستطيع المؤسسة أن تستفيد من التنوع الاجتماعي والثقافي والعمري والتعليمي لطاقم عملها.

من ناحية أخرى ، فإن الممرضين المرشحين من قبل أقاربهم العاملين بالمؤسسة يمتلكون معلومات أكثر واقعية عن طبيعة الوظيفة وطبيعة عمل المؤسسة، ولهذا تميل توقعاتهم المتعلقة بالوظيفة إلى الواقعية. أما هؤلاء الذين لا يمتلكون معلومات حقيقية عن المؤسسة فقد يصابون بخيبة أمل عند توظفهم بالمؤسسة. وفي سوق العمل الحر، سيضطر هؤلاء المحبطون إلى الاستقالة من المؤسسة، تاركين بذلك فراغًا جديداً بهيكل العمل. ولكن في حالات الركود، أو في أوقات وفرة الممرضين بسوق العمل، فإن هؤلاء المحبطين سيميلون إلى البقاء في المؤسسة بسبب احتياجهم لهذه الوظيفة، ولكن الأداء الوظيفي لهؤلاء الممرضين سوف يكون أقل من بقية موظفي المؤسسة.

متى نبحث عن موظفين

وغالباً ما تأخذ عمليه التوظيف فترة زمنية، ويقلق المسؤولون عن التوظيف من هذه الفترة الزمنية، خاصة في أوقات انخفاض أعداد الممرضين بسوق العمل. وقد يصعب ملء بعض المناصب بسبب موقعها الجغرافي (للمؤسسة الموجودة في الريف) أو بسبب ندرة المتخصصين في هذا المنصب (ممرضون متخصصون في مجال الرعاية الحرجة) ولهذا يجب القيام بتخطيط جيد للاحتياجات الوظيفية للمؤسسة، بحيث تبدأ عمليه التوظيف قبل ظهور الحاجة الملحة للبحث عن ممرضين.

كيف نروج للمؤسسة

ويعد التسويق للمؤسسة وللوظائف المتاحة بها أمام المتقدمين للعمل من أهم مكونات عملية التوظيف. يجب أن يُحضِّر قسم التمريض وقسم الموارد البشرية خطة متكاملة للتسويق للمؤسسة. وبشكل عام، تشمل خطط التسويق أربع إستراتيجيات أساسية يطلق عليها باللغة الإنجليزية Four Ps of marketing هي:

١. المُنتَج.
٢. المكان.
٣. الثمن.
٤. الترويج.

ويحدد المستهلك توجهات أربع الإستراتيجيات السابقة، وفي عملية التوظيف فإن المستهلك هو الموظف المحتمل.

والمنتج في عملية التوظيف هو الوظائف المتاحة بالمؤسسة. ويجب الأخذ في الاعتبار عند تحديد متطلبات المنصب والمؤسسة بالآتي:

١. المهنية.
٢. معايير الرعاية.
٣. الجودة.
٤. الخدمة.
٥. الاحترام.

والمكان يشير إلى صفات وموقع المؤسسة ومنها:

١. سهولة الوصول إلى المؤسسة.

٢. مواعيد العمل.

٣. الأماكن المتوفرة لانتظار السيارات.

٤. السُمعة.

٥. البيئة التنظيمية.

و يشير السعر لـ:

١. المرتب والبدلات.

٢. المزايا.

٣. الحوافز.

٤. التأمين.

٥. المعاشات

الترويج، ويشمل:

١. الإعلان.

٢. العلاقات العامة.

٣. الكلام المباشر مع الموظفين.

٤. الترويج الذاتي (مثل الاشتراك في معارض التوظيف والاجتماعات المهنية)

ومن المهم بناء خطة تسويقية فعالة في أثناء عملية التوظيف. أحيانًا تتبع المؤسسة خطة تسويقية تعتمد على الانتشار في كل مكان، أو قد تتبع خطة مختلطة. ولكن من المفضل استخدام خطة متوازنة مبنية على التواصل الصادق والمعارف الشخصية. ويجب الانتباه إلى مخاطر التسويق الزائد عن اللزوم، حيث قد يولد ذلك توقعات غير حقيقية عن المتقدمين للوظيفة، والذي سيتحول فيما بعد إلى شعور بعدم الرضا، ثم الاستقالة من المؤسسة.

ويعزز العرض الواقعي لمتطلبات الوظيفة ومميزاتها المادية و المهنية من الرضاء الوظيفي، حيث سيعرف المتقدم الطبيعة الفعلية للوظيفة. ومن أمثله العرض غير الواقعي لمتطلبات الوظيفة الآتي: وعد الممرض بالحصول على عطلة نهاية أسبوع بانتظام، واحتمالية تدوير الفترة المسائية بين الممرضين تتساوى بـ ٢٥٪، ولكن في الحقيقة يعد القسم الذي سيعمل به الممرض من أكثر الأقسام التي تعاني من نقص الموظفين، ومن ثم فإن نسبة التدوير ستصل إلى ٧٥٪، ولا يسمح للممرض بأخذ عطلة إلا بعد ثلاثة أسابيع، لهذا يجب تعريف موقف المؤسسة بصدق، كما يجب وصف جهود المؤسسة لتحسين الأوضاع التي قد يرى المتقدم للوظيفة أنها لا تطاق، ومن ثم فإن المتقدم عندما يأخذ قراراً بالعمل في هذه المؤسسة سيكون قراره مبنياً على معلومات صحيحة.

التدريب بوصفه إحدى إستراتيجيات التوظيف

تتسم بيئة عمل الرعاية الصحية بالتغيير المستمر، حيث قد تتغير أعداد المرضى بشكل حاد ومستمر، وبناء على هذا يتم تعديل حاجات المؤسسة لطاقم العمل باستمرار. وينتج عن هذه الظروف انخفاض الروح المعنوية وزيادة نسبة تسريح العمالة. وقد يزيد عدد المتقدمين للوظيفة إذا عرضت عليهم المؤسسة تدريبهم بداخلها.

ومن فوائد التدريب أنه يزيد من الروح المعنوية والرضا الوظيفي والفاعلية ومرونة طاقم العمل، كما يعد التدريب وسيلة لإدارة التقلبات في أعداد المرضى. كما يعطي التدريب فرصة تقديم خدمات صحية شاملة، وذلك للممرضين العاملين بمجال الولادة ورعاية الأطفال الرضع. ومن ناحية أخرى، قد لا يرغب الممرضون أن يخضعوا لفترة التدريب، ومن ثم تنخفض نسب الاحتفاظ بالمتقدمين للعمل.

وإذا تم استخدام التدريب كإحدى إستراتيجيات التوظيف، على المؤسسة أن تقدم تدريباً إكلينيكياً وتعليمياً من أجل بناء المعارف الأساسية لدى الموظفين المحتملين. ويعد قرار تحديد المجالات التي يعمم فيها التدريب أمرًا مهمًا، حيث إن تقديم تدريب في مجالات تمريضية عديدة قد يؤدي إلى تشتيت الممرض وهو ما يقلل من جودة خدمات الرعاية (انظر الفصل ١٧).

اختيار المرشحين

بمجرد أن يتواصل المتقدم للوظيفة مع المؤسسة، يقوم قسم الموارد البشرية بمراجعة طلبات التوظيف، وقد تحدد مقابلة شخصية مبدئية مع المتقدمين للوظيفة (انظر الجدول ١٥-١). يجب إخبار المتقدم للعمل الذي لم يتناسب مع احتياجات المنصب بذلك. إن المتقدم الذي تم رفضه للعمل في منصب ما قد يصلح للعمل في منصب آخر أو قد يرشد زملاءه الآخرين إلى حاجه المؤسسة لتوظيف ممرضين، ومن ثم يجب معاملة هذا الشخص باحترام.

بعد المقابلة المبدئية، يتم إجراء عدد من المقابلات الإدارية ومراجعة التوصيات (Reference) التي قدمها المتقدم لقسم الموارد البشرية. وغالباً ما تكون المقابلة الشخصية آخر خطوة لاتخاذ قرار التوظيف، ولكن تختلف طرق اختيار الممرضين من مكان لآخر. حتى وإن كانت قائمة التوصيات التي يقدمها المتقدم للمؤسسة غير صحيحة، من الأفضل أن تجرى مقابلة شخصية مع المتقدم. ولكن المتقدم قد لا يعلم أن القائمة التي قدمها تعطي انطباعاً سيئاً عنه، وقد يترتب عليها رفضه للعمل بالمؤسسة. بالإضافة لذلك، قد يقدم الممرض المتقدم للوظيفة معلومات تعبر عن ضعف قائمة توصياته، وذلك في أثناء تحدثه بعفوية في المقابلة الشخصية.

يجب أن يشارك مدير التمريض في مرحلة المقابلات الشخصية لأنه:

١. أفضل من يقيم قدرات ومهارات وكفاءة المتقدم للعمل.
٢. هو أفضل من يجيب عن أسئلة المتقدم المتعلقة بطبيعة العمل.

وفي بعض المؤسسات، يتم إشراك الزملاء من الممرضين في المقابلات الشخصية من أجل تقييم مدى كفاءته.

ويجب على مدير التمريض إعلام المشتركين في عملية الاختيار بالاحتياجات الوظيفية للوحدة التي يعمل بها. فالمدير يكون غالباً الشخص الأول الذي يعرف احتمالات استقالة أو نقل الموظفين أو تقديمهم لإجازات ولادة، أو إجازات مرضية طويلة، كما يعد المدير هو أكثر شخص على علم بتغير احتياجات العمل المؤدية إلى إجراء تغييرات في تركيبه العاملين، فقد تزداد الحاجة إلى

توظيف ممرضين بالوردية المسائية عن الوردية الصباحية. ويساعد إخبار قِسم الموارد البشرية بهذه الاحتياجات على تحقيق كفاءة عملية اختيار المرشحين.

الجدول (١٥-١). عملية اختيار المرشحين.

١. مراجعة طلبات التوظف (مدير التمريض وقسم الموارد البشرية).
٢. تحديد مقابلة شخصية لتصفية المتقدمين (قسم الموارد البشرية).
٣. الاتصال بالمعارف والتحقق من التوصيات (قسم الموارد البشرية).
٤. تحديد مقابلة شخصية ثانية (مدير التمريض).
٥. المقارنة بين المتقدمين للوظيفة (مدير التمريض أو قسم التمريض).
٦. اتخاذ قرار توظيف أو عدم توظيف المتقدم (مدير التمريض أو قسم التمريض).
٧. اختبر خلفيات المتقدم عن المنظمة (قسم الموارد البشرية).
٨. قدم عرضاً للمتقدم ولكن العرض مشروط باختبار تعاطي المخدرات، والذي يجرى خلال ٢٤ ساعة (مدير التمريض).
٩. إذا كان المتقدم خالياً من آثار المخدرات اجعل عرض التوظيف رسمياً.

المقابلة الشخصية مع المرشحين

وتعد المقابلة الشخصية من أكثر وسائل اختيار المرشحين التي تعتمدها المؤسسات، فهي عبارة عن ميكانيكية لتبادل المعلومات بين الفرد المتقدم للوظيفة، وبين عضو المؤسسة الذي يجري عملية التوظيف. بمجرد أن ينتهي قسم الموارد البشرية من مرحلة المقابلات الأولوية، يقوم مدير التمريض بتحديد موعد مقابلة مع المتقدم للوظيفة.

ويتم إجراء مقابلات شخصية من أجل توضيح وتأكيد المعلومات التي ذكرت في طلبات التوظيف، ومن أجل تقييم إجابات وردود أفعال المتقدم على الأسئلة الموجهة إليه، ولتحديد مدى مناسبة المتقدم للوظيفة بالوحدة والمؤسسة. بالإضافة لذلك، على الشخص الذي يدير عملية المقابلة أن يقدم معلومات عن المؤسسة وطبيعة العمل الذي ترشح له المتقدم. أخيرًا، المقابلة الشخصية يجب أن تخلق تأثيراً إيجابياً لدى المتقدم تجاه المؤسسة.

وعلى الفرد الذي يجري المقابلات الشخصية أن يحصل على معلومات دقيقة، ويجمع أكبر قدر من البيانات المناسبة للوظيفة. وغالباً ما تستغرق المقابلات الشخصية من ساعة إلى ساعة

ونصف، وتشمل: مقدمة، ومرحلة لجمع المعلومات، ومرحلة تقديم معلومات وخاتمة. وتعد مقدمة المقابلات الشخصية مهمة في بناء صلات تعارف مع المتقدم حتى يستطيع أن يقدم أكبر قدر من المعلومات التي لديه.

ويعد الهدف الرئيس من المقابلات الشخصية هو جمع المعلومات. أيضًا تعد مرحلة تقديم المعلومات مهمة، لأنها تمكن الشخص الذي يجري المقابلة من أن يبني توقعات واقعية عن طبيعة الوظيفة، كما تمكنه من الترويج للمؤسسة. ولكن هذه المرحلة يجب أن تكون بعد جمع المعلومات حتى يجيب المتقدم للوظيفة بصدق عن الأسئلة الموجهة له. وعلى القائم على عملية المقابلة أن يجيب عن كافه الأسئلة التي يوجهها المتقدم للوظيفة. أخيرًا، فإن الخاتمة تقدم معلومات عن مراحل وميكانيكية توظيف المرشح في حالة نجاحه بالمقابلة.

مبادئ تحقيق كفاءة المقابلة الشخصية

وضع هيكل للمقابلة

قد تسبب المقابلة غير المخطط لها مشكلات: فإذا لم يوجه الشخص الذي يقوم بالمقابلات نفس الأسئلة للمرشح للوظيفة فإنه سيفشل في المقارنة بين مهارات المرشحين. وتكون المقابلات فعالة إذا كانت المعلومات التي تم الحصول عليها من المرشحين قابلة للمقارنة. وتتوقف القدرة على المقارنة بين المرشحين على هيكل المقابلة التي تدعم بواسطة دليل المقابلة. ودليل المقابلة الشخصية ورقة تحتوي على الأسئلة التي يتم توجيهها للمرشحين، كما تحتوي على إرشادات للشخص الذي يدير المقابلة، والمعلومات التي يحتاجها. وتعد هذه الورقة مهمة من أجل اتباع نفس الخطوات في كل المقابلات، وتجميع نفس نوعيه المعلومات من المرشح. ويجب أن يكون الدليل خاصاً بكل منصب أو وظيفة شاغرة.

لم تعد الأسئلة التقليدية مثل :"عرفنا بنفسك، ما جوانب القوه والضعف التي لديك، ولماذا تريد أن تعمل لدينا؟ " هي الشائعة في المقابلات، فقد تم استبدالها بأسئلة مرتبطة بسلوكيات المهنة. ويتم استخدام المقابلات السلوكية أو ما يعرف بالمقابلات المعتمدة على الكفاءة من أجل التعرف على أداء المرشح السابق، واستخدام هذا الأداء في التنبؤ بسلوكياته الوظيفية. وتبنى الأسئلة على متطلبات المنصب الشاغر. ويوضح الجدول (١٥-٢) نموذجًا للأسئلة التي توجه للمرشح، والسلوكيات المتوقعة لطاقم التمريض.

بالإضافة لذلك، يمكن وضع عدد من الأسئلة المتعلقة بطبيعة عمل الوظيفة الشاغرة. مثلاً، يمكنك إضافة أسئلة عن مهارات العمل الجماعي والتعاون المطلوبين بشدة في المنصب الشاغر. ويوضح الصندوق (١٥-٢) عددا من الأسئلة المرتبطة بطبيعة وظيفة وحدة القياس الطبي بالمؤسسة، وإجابات المرشحين لهذه الأسئلة.

ويقلل دليل المقابلة أيضًا من احتمالية تحيز الشخص الذي يدير المقابلة لأحد المرشحين، كما يسهل الدليل إجراء المقارنات بين المتقدمين. ويجب أن يكون هناك جزء فارغ تكتب فيه ملاحظات عن المرشحين، كما يسجل الدليل ما تم بالمقابلة في صورة كتابية. ويوضح الصندوق (١٥-٣) نص إحدى المقابلات.

الجدول (١٥-٢). نماذج لأسئلة المقابلة السلوكية.

السلوك	نموذج الأسئلة
اتخاذ القرارات	ما أصعب قرار اتخذته خلال الشهر الماضي، ولماذا يعد هذا القرار صعباً؟
التواصل	ما أهم المهارات التي تساعد على إنجاح عملية التواصل من وجهة نظرك؟
التكيف	ما التغييرات التي أثرت عليك في وقت من الأوقات، وكيف تعاملت معها؟.
التفويض	كيف تأخذ قرارات التفويض؟ صف أحد المواقف.
روح المبادرة	ما الأعمال التي بادرت بها في كليتك أو وظيفتك السابقة؟
التحفيز	ما أكبر إنجاز حققته في حياتك المهنية؟
التفاوض	أعط مثلاً لعمليه تفاوض شاركت بها.
التخطيط والتنظيم	كيف تدير وقتك؟ ماذا تفعل إذا قاطعت بعض الظروف مخططك الزمني؟
التفكير النقدي	صف أحد القرارات التي قمت بها واستخدمت فيها مهارات تحليل المعلومات، ووضع البدائل، واختيار أفضل بديل في ظل الظروف المحيطة.
حل الصراعات	صف أحد المواقف التي اضطررت إلى التدخل فيه لحل صراع ما.

صندوق (١٥-٢). أسئلة مرتبطة بوظيفة في وحده القياس الطبي.

ما الذي ستفعله إذا حدثت إحدى المواقف الآتية؟

١ . كنت تقيس ضربات قلب مريض ما في أثناء الوردية. وكان هناك زميل لك يقوم بنفس العمل. ورأيت في التقرير الطبي أن زميلك الممرض المسجل قام بتسجيل حالة مريض بأنها مستقرة، ولكنك كنت قد علمت أن هذا المريض قد عانى من الرجفان الأذيني طوال فترة الوردية.

٢. كان الطبيب يمر على المرضى. وكان ضغط مريض ما قد وصل إلى ١٦٠/ ٩٠ بالرغم من تناوله كافة الأدوية. كما اشتكى المريض من أنه يعاني صداعًا قويًا. ثم قمت بإخبار الطبيب بارتفاع ضغط هذا المريض، وأنه يعاني من الصداع. ولكن الطبيب قد رد قائلاً: "لا تقلق سيصبح بخير" ثم تركك ورحل.

٣. كنت ترعى سيدة كبيرة السن. وكانت ابنتها تجلس بجوار سريرها. وتعاني المريضة من قصور احتقاني مستمر بالقلب. وقد ترددت السيدة على المستشفى ثلاث مرات خلال الشهر الماضي. وفي كل مرة تعود فيها السيدة للمستشفى كانت تعاني من تورم بأطراف الجسم، ومن صعوبة في التنفس، ولكن كل مرة كانت تعود فيها إلى المستشفى كانت حالتها تسوء عن المرة التي قبلها. قام الطبيب بالمرور على هذه الحالة، وقام بإخبار ابنتها أن فريق الرعاية الصحية سيعتني بها جيدًا، ولكن يبدو أن قلبها قد أصبح ضعيفًا، وسيصعب التعامل مع حالة قصور قلبها مع الوقت. وبعد أن ترك الطبيب الغرفة وجدت السيدة العجوز نائمة، ولكن ابنتها تبكي بشدة.

٤ . وجدت حاله إنذار أزرق (توقف قلبي رئوي) في إحدى غرف المرضى، فذهبت إلى هناك. وجدت فريقك يقوم بمجهودات الإنعاش. وعندما ارتديت القفازات وبدأت تساعد فريقك وجدت على يد المريض سواراً خاصاً بمن لا يجب أن يتم إنعاشهم.

٥. كنت تراعي مريضاً ما يعاني من مرض الاضطهاد النفسي (paranoid schizophrenia) وفي نفس الوقت كان لديه اختلال في إيقاع القلب. في التاسعة صباحًا، موعد إعطاء الأدوية للمريض، دخلت إلى هذا المريض لتعطيه دواءه، ولكنه صرخ قائلاً: "لا لن أخذ هذه الأدوية، أنت تحاول تسميمي".

٦ . كنت تراعي مريضة تعاني من ذبحة قلبية، وبدأت المريضة في التعافي. كنت تتحدث مع المريضة وأخبرتها عن نظام حياتي صحي حتى تحافظ على قلبها بعد الخروج من المستشفى، وأخبرتها أنها يجب أن تقلل كميات الملح، وان تزيد من أكلها للخضار والفاكهة، وتتجنب الأطعمة المقلية والحلويات. فيما بعد، وفي أثناء مرورك على المرضى وجدتها تأكل دجاجاً مقلياً، وبطاطس فرنسية.

الصندوق (١٥-٣). نموذج لدليل المقابلة:

١. لماذا اخترت أن تصبح ممرضًا؟
٢. لماذا تريد العمل بهذا المستشفى؟
٣. ما التخصصات التي تثير اهتمامك؟
٤. أخبرني عن خبرات عملك السابقة.
٥. كيف تساهم خبراتك السابقة في هذه الوظيفة؟
٦. كيف يصفك زملاؤك السابقون؟
٧. ما العمل الجماعي من وجهة نظرك؟
٨. أخبرني عن أحد المرات التي نجحت فيها بسبب العمل الجماعي.
٩. أخبرني عن أحد المواقف التي لم تتمكن فيها من أن تعمل مع مجموعه. صف ما حدث.
١٠. صف أحد المواقف التي كنت فيها على خلاف مع أحد المرضى أو عائلته. ما الذي حدث؟
١١. هل حدث خلاف بينك وبين أحد الزملاء أو المعلمين من قبل؟ ماذا حدث؟
١٢. هل عملت مع أحد لم يرد بذل مجهود في تقديم خدمات الرعاية، ما أثر ذلك على المريض، ماذا فعلت؟
١٣. ما الذي يقلقك بشأن هذه الوظيفة؟
١٤. لماذا ترغب في هذه الوظيفة؟
١٥. ما أكثر الأمور التي تفخر بها في وظيفتك؟
١٦. ما الذي يجعلك أفضل المرشحين لهذه الوظيفة؟
١٧. ما الصفات التي تريدها أن تكون في مديرك؟
١٨. ما خططك المهنية لخمس أو عشر السنوات المقبلة؟ وما أهدافك؟
١٩. هل لديك أسئلة عن هذه الوظيفة؟

الإعداد للمقابلة

أغلب المديرين لا يحضرون للمقابلة، ولكن من الضروري التخطيط لها. يجب أن يتم إعداد كل المواد، ويجب أن تكون متوفرة، كما يجب أن يتم إعداد موقع إجراء المقابلة ويجب أن يكون هادئًا. إذا تم إسناد مهمة مقابلة المرشحين لعدد من الموظفين، على الموظفين التأكد من إنهم متفرغون في مواعيد المقابلات. وإذا كانت المؤسسة ستقدم قهوة أو أية مشروبات للجنة أو للمرشح عليها الإعداد جيدًا لهذا الترتيب. فالإعداد غير الكافي للمقابلة يؤدي إلى تأخر في مواعيد المقابلات، وحدوث مقاطعات، أو قد تفشل عملية جمع المعلومات من المرشحين. أيضًا يعد تشتيت الانتباه

إحدى مشكلات عدم الإعداد للمقابلة، ويحدث هذا التشتيت بسبب رغبة الممتحنين في أن يظهروا بصورة لطيفة، أو إذا سيطر أحد الممتحنين على الحديث في أثناء المقابلة. هذه العوامل ستقلل من مقدرة الممتحنين على الحصول على معلومات من المرشحين للوظيفة.

وعندما يكون الوقت محدودًا، فمن الأفضل أن تخطط للمقابلة في جزء من هذا الوقت، بدلاً من أن تهدره كله في المقابلة الشخصية. قبل بدء المقابلة على الممتحن أن يراجع الوصف الوظيفي والمتطلبات الوظيفية، وطلب عمل المرشح وكتابة ملاحظاته التي يريد أن يتأكد منها في أثناء المقابلة. يجب أن يتم التخطيط في الصباح الباكر قبل المقابلة، أو في مساء اليوم السابق للمقابلة. إذا كنت ترى أن الوقت كاف للمقابلة والتخطيط، فمن الأفضل أن تقوم بالتخطيط قبل المقابلة مباشرة أو بين المقابلات. للأسف، فإن المدير دائمًا ما يتعرض لحالات غير متوقعة بين المقابلات، ولهذا قد لا يستطيع أن يخطط للمقابلات التالية.

ومن القواعد الأساسية للتخطيط، أن تراجع طلب التوظيف أو السيرة الذاتية للمرشح قبل أن تجري معه المقابلة. إذا كان المتقدم للوظيفة يحمل بيده السيرة الذاتية أو طلب العمل، اطلب منه أن ينتظر قليلاً حتى تنتهي من مراجعة هذه الأوراق. في أثناء قراءة السيرة الذاتية عليك أن تأخذ في اعتبارك الآتي:

١. توضيح التناقضات بين مهارات المتقدم للوظيفة ومتطلبات الوظيفة. إذا وجدت هذه التناقضات، فإن المقابلة السريعة سوف تكون وسيله للتأكيد على عدم تناسب المرشح للوظيفة. (لا يجب أن يشترك مدير التمريض في مثل هذه المقابلات، حيث إنه إذا كانت هناك مقابلة مبدئية يجب أن يقوم بها موظفو الموارد البشرية)

٢. حدد الأسئلة التي ستطرحها على المتقدم للعمل.

٣. حدد وسيلة لبناء الصلات بينك وبين المتقدم من أجل كسر حاجز الخوف في بداية المقابلة.

٤. حدد المعلومات التي تريد الحصول عليها. تذكر أن السيرة الذاتية قد أعدها المرشح بنفسه حتى يسوق لذاته ويحصل على الوظيفة، ولهذا تكون السيرة الذاتية متحيزة، ولا توضح قدرات وعيوب المرشح. يجب أن تراجع السيرة الذاتية بطريقة نقدية جيدة بحثًا عن العيوب أو التناقضات.

ويجب أن تحرص على تهيئة طريقة الجلوس داخل قاعة المقابلة حتى توفر مناخًا من الراحة وعدم الرسمية. ويجب أن يجلس كلٌ من الممتحنين والمتقدم للعمل على كراسي مريحة وأن يكونوا قريبين بعضهم من بعض. لا يجب أن تكون هناك طاولة تفصل بينك وبين المرشح. ويجب أن تكون القاعة بعيدة عن المقاطعات سواء كانت هواتف أو غيرها. إذا كان المنظر الخارجي للقاعة التي تجري بها المقابلة مصدراً للتشتيت حاول أن تضبط كرسي المرشح ليكون بعيدًا عن النافذة.

افتتاحية المقابلة

ابدأ المقابلة في الوقت المحدد لها. قدم ترحاباً دافئاً وودوداً، عرِف نفسك، واسأل المتقدم للوظيفة عن الاسم الذي يفضل أن ينادى به. حاول ألا تكثر من الحديث، لا تهيمن على الحديث ولا تحاول إرضاء المرشح. الهدف من المقابلة أن تخلق مناخًا منفتحًا يساعد المتقدم للوظيفة أن يكشف أكبر قدر ممكن من شخصيته ومهاراته. حاول أن تبني صلة مع المرشح من خلال الحديث عن نفسك في نطاق المعقول، كالتحدث عن الهوايات والاهتمامات، والتحدث عن الخبرات المشتركة بينكما، استخدم الإشارات غير الشفهية مثل تواصل العينين. أخيرًا، حاول تقديم ملخص لما سوف يتم الحديث عنه في المقابلة، وحدد فترة زمنية للمقابلة.

احذر من الانطباعات الأولوية المتسرعة. غالباً ما يميل الممتحنون إلى تكوين انطباعات أولية عن المتقدمين وتتأثر قراراتهم بهذه الانطباعات الأولوية. وغالباً ما تؤدي هذه الانطباعات إلى قرارات سلبية. قد يقلل الانطباع الأول من جودة المقابلة، فقد يتصيد القائم على عملية المقابلة المعلومات التي تبرر انطباعاته الأولوية، سواء كانت إيجابية أو سلبية. إذا كان لديك انطباع أولي سلبي عن المرشح الذي قد يكون ناجحا، فإنك ستقرر ألا توظفه وبهذا تهدر ساعة من وقتك وتضيع فرصة توظيف مرشح مناسب. إذا قمت بتوظيف شخص غير ناجح بسبب انطباعك الجيد عنه، فإن مشكلات قصور هذا القرار ستبدأ في الظهور. على العكس، فإن صفاتك قد تؤثر على أداء وقرارات المتقدم للوظيفة. فأنت أيضًا تخلق انطباعاً أولياً لدى المرشح من خلال نبرة صوتك، وتواصل عينيك، وهيئتك الشخصية ،وإيماءاتك، وجلستك.

اكتب ملاحظاتك مستخدمًا دليل المقابلة. أكد للمتقدم على أن الملاحظات تساعدك على تذكر ما قيل في المقابلة، واسأله إن لم يكن يمانع في ذلك. هناك أكثر من طريقه لطرح التساؤلات، ولكن حاول أن تسأل كل سؤال على حدة. إذا أمكن، اطرح أسئلة ذات إجابات مفتوحة مثل ما ذكر في الجدول (١٥-١). الأسئلة ذات الإجابات المفتوحة لا يجاب عنها بنعم أو لا، ولا تتم الإجابة عنها بكلمة واحدة، لذا فهي تعطي معلومات أكثر عن المتقدم للوظيفة (Parrish, 2006). يتم استخدام الأسئلة ذات الإجابة المغلقة (مثل ماذا، وأين، وكيف، ولماذا، ومتى، وكم) من أجل الحصول على معلومات محددة عن المتقدم.

تستخدم الأسئلة التي تحتوي على نماذج لأحداث عن العمل من أجل تحديد معرفة الممرض بمهام العمل وقدراته على أداء مهام الوظيفة. فمن الأسئلة أن تسأل الممرض عن كيفية تعامله مع أحد المرضى الموصل لديه حقن وريدي مركزي. الإجابة بنعم لن تفيد في شيء، ولهذا من الأفضل أن تسأل مزيداً من الأسئلة عن الحقن الوريدية. تجنب الأسئلة الدالة، التي تكون إجابتها متضمنة في السؤال نفسه (مثلاً، "كثيرًا ما يعمل المرضون لدينا لوقت إضافي، هل تمانع أن تعمل لوقت إضافي"). أحيانا قد تحتاج إلى تلخيص ما قيل في أثناء المقابلة، استخدم الصمت كإحدى وسائل تشجيع المتقدم للحديث أكثر والحصول على معلومات، أعد ما سمعته للمرشح من أجل إزالة الغموض، أخبر المتقدم أن يكمل كلامه.

إعطاء المعلومات

قبل الوصول لتلك المرحلة عليك أولاً أن تحدد إذا ما كان المرشح قد وعد بالحصول على الوظيفة من أجل تبرير إهدار مزيد من الوقت معه. إذا لم يكن المرشح غير مقبول تمامًا، عليك أن تتعامل معه بصورة جيدة وتتجنب الانطباع السلبي، وهذا لأن تقييمك للمرشح قد يتغير عندما تراجع ما قيل في المقابلة، أو قد تحتاج إليه إذا رفض أحد المرشحين المتازين عرض الوظيفة. يجب أن تحدد ما المعلومات التي يجب أن تعطيها للمرشح، والمعلومات التي قد يسأل عنها المرشح. أفضل من يجيب عن أسئلة المرشح بخصوص مزايا وتعويضات العمل هو مسؤول الموارد البشرية. إذا لم تستطع الإجابة عن أسئلة المتقدم للوظيفة، أخبره أن أحدًا ما سيتواصل معه للإجابة عن كافة استفساراته.

خاتمة المقابلة

قد ترغب في تلخيص نقاط قوة المرشح في نهاية المقابلة. اسأل المرشح إذا كان هناك أي شيء يريد أن يضيفه، أو إذا كانت لديه أسئلة عن الوظيفة أو المؤسسة. قد ترغب في ذكر نقاط ضعف المرشح، خاصة إذا كانت موضوعية ومتعلقة بالوظيفة (مثل ضعف خبرات المتقدم في مجال معين). إذا تم ذكر نقاط ضعف سطحية، أو غير موضوعية مثل ضعف القدرات الإشرافية للمتقدم قد تؤدي إلى مشاكل قانونية. أنهِ المقابلة عن طريق شكر المرشح، وأكمل ملاحظاتك التي كنت تأخذها في أثناء المقابلة.

إشراك الموظفين في المقابلة

قد تؤدي توجهات المؤسسة في تحقيق لامركزية القرارات إلى إشراك الموظفين في المقابلات مع المرشحين. ومن فوائد إشراك طاقم العمل في المقابلات تقوية روح العمل الجماعي، وتحسين كفاءة العمل الجماعي، وزيادة مشاركه طاقم العمل في أنشطه الوحدة، وزيادة احتمال اختيار أفضل المرشحين للوظيفة.

إذا كان طاقم العمل سيشترك في المقابلة يجب أن تتخذ عدداً من الخطوات للتأكد من فاعلية المقابلات. يجب أن تعرض لهم عدداً من التوجيهات بشأن كيفية القيام بالمقابلات، وتشمل هذه التوجيهات الآتي :

١. القوانين الفيدرالية والقومية والمحلية المتعلقة بتنظيم المقابلات، والاتفاقات المشتركة التي قد تؤثر على المقابلات.

٢. بعض النصائح للتعامل مع المقابلات الغريبة.

٣. وقت التدرب على مهارات إجراء المقابلة، كضرورة اتباع المدير والموظفين دليل المقابلة لمساعدتهم على وضع معايير الاختيار والمقارنة بين المرشحين.

٤. جراهام نيلسون هو مدير تمريض بمركز لغسيل الكلى. ويعد تدريب ممرض جديد أمرًا مكلفًا. وحتى يتجنب نيلسون رفض العديد للتوظف بالمركز، قام بتنظيم مقابلات توظيف مشتركة مع طاقم العمل. وتساعد المقابلات المشتركة في تحقيق التفاعل بين الموظفين الجدد والموظفين الحاليين، كما تساعد في تحقيق التلاؤم الثقافي بين فريق العمل. بالإضافة لذلك سيتمكن المتقدم للعمل من أن يفهم ضغوط العمل وكيفية سيره في المركز.

مصداقية وصلاحية المقابلة

أجريت كثير من الدراسات على مصداقية وصلاحية المقابلة. وبشكل عام فإن احتمال تحقق اتفاق في مقابلتين تم فيهما تطبيق نفس المعايير من قبل نفس الممتحنين (مصداقية التصنيفات الداخليةinterpreter reliability) تكون عالية، أما احتمال الاتفاق في مقابلتين تم خلالهما تطبيق نفس المعايير من قبل ممتحنين مختلفين (مصداقية التصنيفات البينية interpreter reliability) يكون ضئيلا، وتقل المقدرة على التنبؤ بالأداء الوظيفي للمقابلات المشابهة (الصلاحية). وقد أثبتت الدراسات الآتي :

١. المقابلات المخطط لها من قبل تكون أكثر مصداقية وصلاحية.

٢. تقل دقة الممتحنين الذين يقعون تحت ضغط محدودية الوقت، أو الممتحنين الذين يحصلون على نسبه من قيامهم بتوظيف عدد معين.

٣. الممتحنون الذين لديهم معلومات مفصله عن الوظيفة التي يجرون من أجلها المقابلة قد أظهروا نسبة أعلى من مصداقية التصنيفات البينية والصلاحية.

٤. لا ترتبط خبرة الممتحن بالمصداقية والصلاحية.

٥. عندما يتفق الممتحنون على اتخاذ قرارات سريعة تقل دقة الاختيار.

٦. قد يضع الممتحنون نموذجًا للمتقدم المثالي، وغالباً ما ينعكس هذا النموذج على تقييم المرشحين للوظيفة. قد يكون لدى الممتحن الواحد أكثر من نموذج، وهو ما يقلل من مصداقية التصنيفات البينية والصلاحية.

٧. قد تتأثر تقييمات الممتحن بعرق وعمر المرشحين.

ومن أكبر عيوب عملية الاختيار التي قد تحدث بالمقابلة رغبة الممتحن في تقييم الصفات الشخصية للمرشح. ومن الصعب تحييد هذه النظرة غير الموضوعية. يجب أن تجيب المعلومات التي تم تجميعها من خلال المقابلة على ثلاثة أسئلة رئيسة هي:

١. هل يستطيع المتقدم أن يقوم بالوظيفة؟

٢. هل يناسب المتقدم الوظيفة؟

٣. هل تتلاءم ثقافة المتقدم مع ثقافة الوحدة والمؤسسة؟

ويعد الأداء السابق للمرشح الوسيلة الفضلى للتنبؤ بالسلوك المستقبلي له. يجب التركيز على الخبرات السابقة للمرشح خاصة خبرات العمل السابقة، والخلفية التعليمية، والتدريب، والأداء الوظيفي الحالي، بدلاً من التركيز على الصفات الشخصية للمرشح التي يعجز عن تحديدها الأطباء النفسيون.

اتخاذ قرار التوظيف

التعلم، الخبرة، الرخصة

ويعد التعليم والخبرة من أهم عوامل الاختيار التي يبنى عليها قرار التوظيف. وتعد المتطلبات التعليمية للوظيفة نوعاً من أنواع مؤشرات المعرفة، لأنها تؤكد على أن المتقدم لديه على الأقل القدر الأدنى من المعرفة المطلوبة للوظيفة.

الإعداد التعليمي للممرضين أمر في غاية الأهمية. مثلاً، فإن الممرضين الحاصلين على شهادات جامعية ودبلومات هم أفضل من يقدم خدمات الرعاية للأفراد، فهم يستخدمون خبراتهم التمريضية وخبرات اتخاذ القرارات والإدارة للعناية بالمرضى. والمتخرجون بدرجة البكالوريوس يستطيعون تقديم خدمات الرعاية التمريضية للأفراد والعائلات والمجموعات والمجتمعات مستخدمين بذلك العمليات التمريضية وعمليات اتخاذ القرار. ويستطيع المتخرجون بدرجة الماجستير أن يتقدموا بمناصب الرعاية الاجتماعية، فهم يمتلكون مهارات إدارية وقيادية تؤهلهم للتقدم للدرجات المبتدئة للمناصب الإدارية.

تجنب وضع افتراض عن نوع الخبرة وعدد سنواتها التي يملكها المتقدم. قد تختلف بعض العوامل مثل المتطلبات الوظيفية، وإعداد المرضى، ودرجة الاستقلالية، والتخصص من مؤسسة إلى أخرى، ولهذا يجب أن تحدد بدقه مستوى مهارات ومعلومات المرشح في أثناء المقابلة.

وتستخدم قائمة المعارف وخطابات التوصية في تقييم خبرات المتقدم السابقة، ولكن الأدلة تشير إلى أنها ليست ذات صلاحية عالية، لأن عددا قليلاً من الأفراد يكتبون خطابات توصي بأن المتقدم غير جديد بالوظيفة، ولهذا فإن هذه الخطابات لا تستخدم في التنبؤ بالأداء الوظيفي السابق للمرشح. حتى الانتقادات التي قد تكون موجودة في الخطابات تكون معتدلة وأحيانًا قد تكون الانتقادات مجرد استخدام

للغة غير إيجابية ولكن ليس انتقاداً موضوعياً في حد ذاته. ويجب التأكد من الخطابات التي تحتوي على انتقاد عن طريق المكالمات الهاتفية إن أمكن، وذلك للتعرف على مدى مصداقية الكاتب.

ولتفادي المشاكل القانونية، تقوم كثير من المؤسسات بذكر تاريخ توظيف المرشح ومرتبه الذي كان يحصل عليه بالمؤسسة، وإذا كان يمكن توظيفه في مؤسسة أخرى أولاً في خطابات التوصية. وكثير من المؤسسات ترفض أن يكتب المشرف السابق هذه الخطابات للمتقدم للوظيفة، فقد تستخدم هذه الخطابات دليلاً على افتراء المؤسسة السابقة، أو قد تستخدم لرفع دعاوى قضائية. على الأقل تقوم أكثر المؤسسات بتأكيد المنصب السابق للمرشح وتاريخ توظيفه، وهو ما يقدم وسيلة لتتبع مصداقية ما يقوله المتقدم للوظيفة، والذي قد يعطي معلومات غير صحيحة عن ماضيه العملي. وللأسف قد يحذف بعض المتقدمين منصباً سابقاً من سجل تاريخه المهني، وذلك بدلاً من أن يكذب بشأن منصب لم يعمل به إطلاقًا. ولتتبع مثل هذه الممارسات يجب أن تطلب من المرشح أن يكتب قائمة بتاريخه التعليمي والمهني موضحًا فيها السنوات والأشهر لتوليه هذه الخبرات أو للحصول على شهادات ما. يجب أن تنتبه للفجوات بين كل وظيفة وأخرى، وتأكد من الفترات التي بها انقطاع عن العمل، هل كانت بسبب الحمل أو بسبب العائلة أم لا.

وغالباً ما يطلب من المتقدم أن يملأ طلب توظيف بكل مرحلة، ويُسأل المتقدم في هذا الطلب عن خبراته السابقة وشهاداته ومعارفه. وتتم مراجعة هذه الطلبات جيدًا، والسؤال الذي يجب أن يُسأل هو هل قام المرشح بتشويه المعلومات المكتوبة في الطلب سواء كان عمدًا أو بدون قصد. وأشارت الدراسات إلى أن نسبه التشويه تكون ضئيلة جدًا على الأقل بالنسبة للمعلومات التي يسهل التأكد منها وتتبعها. قد يقوم المتقدمون بتجميل الحقائق قليلاً، ولكنهم لا يؤلفون أحداثاً وخبراتٍ لم تحدث في الواقع، وقد أكد عدد من الباحثين على أن طلب التوظيف من أفضل الوسائل التي يمكن استخدامها للتنبؤ خلال عملية اختيار الموظفين.

ويمكن التأكد من التراخيص التي تجيز عمل الممرض عن طريق شبكة الإنترنت من خلال موقع مجلس ممرضي الدولة. وأغلب المؤسسات تطلب من المتخرجين حديثا أن يقدموا للحصول على رخصة قبل أن يتقدموا للعمل، حيث إن النتائج الحاسوبية لرخصة التمريض NCLEX-RN® تظهر بعد ٧ أو ١٠ أيام من موعد التقديم عليها.

دمج المعلومات

عند إجراء المقارنة بين المرشحين، يجب أولاً أن تضع أوزان رقمية للمتطلبات الوظيفية التي لدى المتقدم، بحيث تحصل البنود ذات الدرجة العالية من الأهمية على الأوزان الكبرى. ثانيًا، ضع وزنًا للمعلومات الصادقة التي قدمها المتقدم للعمل. وتعطى الأوزان الكبرى للسلوكيات التي تمت ملاحظتها في أثناء المقابلة وظهر تلاؤمها مع المعلومات التي تم جمعها من المتقدم. ثالثاً، امنح وزناً لمتطلبات الوظيفة (مثلاً: التعليم والخبرة والتدريب السابق) التي يمكن تحسينها بالتدريب عند اختياره للتوظيف. ويجب أن تمنح الجوانب التي سيسهل تعلمها بالتدريب (مثل التدرب على تكنولوجيا جديدة) أقل وزنًا، وتمنح الجوانب التي يصعب تعلمها بالتدريب (مثل المعاملة العاطفية التي تمنح للأطفال المصابين بمرض مميت) أعلى وزنًا.

قارن بين بيانات المرشحين من أجل اتخاذ قرار التوظيف. والأكثر دقه أن تتخذ القرارات بناء على مقارنة بين عدد من الأفراد، بدلاً من اتخاذ القرارات من خلال مقارنة درجات البنود التي حصل عليها الفرد مباشرة بعد انتهائه من المقابلة. وللقيام بأفضل تحليل للمرشحين يجب أن يكون تقرير المقابلات مكتوباً بدقة، وأن يتم تحييد الانطباع الأولي عن قرارات التوظيف.

تقديم عرض توظيف

قبل عرض الوظيفة، تقوم أغلب المؤسسات بطلب تصريح للتحقق من السجل الجنائي للممرض. بعد المقابلة، إذا أراد مدير التمريض أن يمنح عرض توظيف للمرشح، عليه أن يخبر قسم الموارد البشرية أولاً. ويتحقق قسم الموارد البشرية بعد ذلك من السجل الجنائي للممرض، وشهادته وتاريخه الوظيفي. بعد إجراء هذه التحقيقات يتم الاتصال بالممرض وإعطاؤه عرضاً للتوظيف بالمؤسسة، ثم يجرى للممرض اختبار تعاطي المخدرات، والذي يظهر في خلال ٢٤ ساعة من تاريخ مخاطبة المرض. إذا كانت النتيجة إيجابية فإن عرض الوظيفة يصبح رسمياً.

بالإضافة لذلك تعد المؤسسة مسؤولة عن تصرفات وشخصية موظفيها، ولهذا يجب أن يتم التحقق من خلفيات المرشح قبل اتخاذ قرار بتوظيفه بناء على مهاراته ومعارفه والتوصيات والشهادات التي حصل عليها. إذا فشلت المؤسسة في التعرف على أخلاقيات المرشح تكون المؤسسة قد قصرت في توظيف هذا المرشح، والذي قد يؤذي فيها بعد مريضًا أو زميلاً أو زائرًا.

القوانين الخاصة بالتوظيف

وفقًا لقوانين الحقوق المدنية، الفقرة السابعة لعام١٩٦٤، وقانون المساواة في الأجور لعام ١٩٦٣، وقانون التمييز والإقصاء لعام ١٩٦٧، وقانون المعاقين لعام ١٩٩٠، الفقرة الأولى وتعديلاته التي أجريت في عام ٢٠٠٩، تخضع أنشطه التوظيف والاختيار للفحص الدقيق، خاصة في مجالات الإقصاء أو التمييز العرقي والمساواة في فرص العمل. وتحرم الفقرة السابعة من قانون الحقوق المدنية التمييز المبني على **قرار شخصي** بسبب العرق أو اللون أو النوع أو الديانة أو الجنسية أو الجنسية السابقة. ولا يقتصر "القرار الشخصي" على عملية اختيار الموظفين وحسب، بل يشمل التدخلات في منح البرامج التدريبية، وممارسات تقييم الأداء، وإنهاء العمل ومنح الترقيات، والتعويضات والمزايا أو أية امتيازات وظيفية أخرى.

وينطبق القانون على المؤسسات التي لديها أكثر من ١٥ موظفاً، بالرغم من أن هناك عدداً من الإعفاءات مثل حالات التأهيل المهني حسن النية (bona fide occupational qualification BFOQ) وبعض الضرورات العملية وبعض الصلاحيات لاتخاذ القرارات الشخصية. ويسمح لاتخاذ قرارات تمييزية تجاه جنسيات معينه أو مهاجرين أو أصحاب ديانة أو جنس أو عمر، وذلك في حالات تقع في إطار التأهيل المهني حسن النية، الذي يعد ضروريا من أجل تنفيذ مهام العمل الطبيعية. ومن أمثال حالات التأهيل المهني حسن النية: اختيار امرأة لتقوم بتمثيل دور نسائي في مسرحيه ما، أو اختيار توظيف معلمه ذات ديانة مختلفة للتدريس بأيام الأحد، أو اختيار امرأة للعمل كمستشارة نفسية بسجن النساء. بالرغم من ذلك لا تعد الاختيارات بناء على "تفضيل العميل "عند توظيف مضيفات الطيران، أو اختيار الرجال لعمل ما بحجة أن (النساء لا تستطعن حمل ٣٠ باوند من الأشياء) ضمن حالات التأهيل للمهني حسن النية.

ويسمح إعفاء التأهيل المهني حسن النية للمؤسسات من أن تستبعد مجموعات معينة (مثل منع توظيف الرجال جميعا أو النساء جميعًا) وذلك إذا أثبتت المؤسسة أن هذا الإجراء ضرورة مهنية. وقد يصبح إثبات حالات الضرورة المهنية تحديا قانونيا، وذلك في حالة التمييز ضد بعض المجموعات لضمان حماية الموظفين والعملاء.

وتعد لجنة فرص التوظيف المتكافئة ((Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)) هي المسؤولة عن تطبيق وتعريف قانون الحقوق المدنية، هذا وقد أصدرت اللجنة عدة إرشادات موحدة لعمليات اختيار الموظفين هو ٤٣ (Federal Register, 1978). وتوضح الإرشادات أنواع الطرق والمعلومات المبررة، التي يجب على المؤسسات طرحها. لا يشرح هذا الفصل الإرشادات بالتفصيل، ولكنه يذكر طرق اختيار المرشحين. وهذه الطرق تابعة للإرشادات السابق ذكرها. تذكر دومًا أن القانون لا يمنع أي شخص من توظيف الشخص الأنسب للوظيفة. ولكن القانون يرفض أن تكون عوامل النوع والسن والديانة والمنشأ والعرق واللون والإعاقة هي السبب الرئيس للاختيار أو الرفض. طالما لا يتأثر قرار التوظيف بهذه العوامل فإنك بهذا تتبع قانون فرص العمل المتكافئة (Equal Employment Opportunity (EEO)).

وقد أثر قانون فرص العمل المتكافئة على عمليه اختيار الموظفين، وينقسم هذا الأثر إلى ثلاثة أجزاء. أولاً: أصبحت المؤسسات أكثر حرصًا لاستخدام تقنيات ووسائل للتنبؤ تؤكد على أن المؤسسة لم تقم بالتميز ضد أي من الفئات. ثانيًا: قللت المؤسسات من استخدام الامتحانات التي قد تكون صعبة أحيانًا ، وذلك حتى لا تظهر إنها قد رفضت عدداً كبيراً من مرشحي الأقليات. ثالثًا: أصبحت المؤسسات تعتمد على المقابلات الشخصية في عملية اختيار الموظفين. وينبغي ملاحظة أن قانون فرص العمل المتكافئة، وعدد آخر من التشريعات تنظم طريقة المقابلات الشخصية.

والجدول (١٥-٣) يعرض الأسئلة المناسب طرحها خلال المقابلات الشخصية. والقاعدة الاساسية تقول إنك إذا لم تستطع تحديد مدى مشروعية طرح سؤال ما خلال المقابلة، عليك أن تسال نفسك أولاً ما وجه الارتباط بين هذا السؤال وبين الأداء الوظيفي؟ فإذا تم إثبات أن الأسئلة المتعلقة بالعمل فقط هي التي طرحت خلال المقابلة، فإن قانون فرص العمل المتكافئة لم يخرق.

ويحرم قانون التمييز العمري تمييز المتقدمين والموظفين ذوي الأعمار التي تتعدى أعمارهم الأربعين عامًا. ويوضح الجدول (١٥-٣) الأسئلة المناسبة للطرح خلال المقابلة مع الأخذ في الاعتبار بعامل السن.

جدول (١٥-٢). أسئلة المقابلات.

المجال	الأسئلة المناسبة	الأسئلة غير المناسبة
الاسم	اسم المتقدم. هل لديه شهادات تحمل اسماً مختلفاً.	الأسئلة عن الأسماء أو الألقاب التي تبرز العرق أو اللون أو الجنس أو الديانة أو الأصل. السؤال عن اسم الأم الأصلي وكنية الأب.
العنوان	الأسئلة المتعلقة بالمكان، والفترة الزمنية، والعنوان السابق و الحالي.	السؤال عن أي عنوان خارج الدولة يشير إلى انتمائه لدوله أخرى.
العمر	طلب أوراق تثبت السن مثل شهادة الميلاد، وذلك *بعد* الحصول على الوظيفة. ويمكن التأكد من أن المتقدم فوق الثمانية عشر.	طلب شهادة ميلاد أو سجل المعمودية *قبل* التوظيف.
الموطن الأصلي		أي سؤال عن مكان ولادة المتقدم، أو أصل عائلته ،أو الأجداد.
العرق أو اللون	طلب أوراق ثبوتية *بعد* عملية التوظيف.	أي استفسار يشير إلى اللون أو العرق.
النوع		أي سؤال يشير إلى نوع المتقدم في استمارة أو طلب التوظيف.
الديانة		أي سؤال يشير إلى ديانة المتقدم، أو معتقداته. طلب جواب توصية أو معرفة ينتمي للمذهب الديني الذي يتبعه المتقدم.
الجنسية	السؤال إذا كان المتقدم يحمل الجنسية الأمريكية، إذا كانت الإجابة لا الاستفسار حول نواياه في أن يصبح مواطناً أمريكياً. الاستفسار عن مدى مشروعية إقامة هذا الشخص بالولايات المتحدة، طلب الأوراق الثبوتية *بعد* التوظيف.	السؤال عن جنسية الآباء أو الأقارب. طلب أوراق تثبت الإقامة *قبل* التوظيف.
الصور	تطلب *بعد* التوظيف من أجل التعرف على شكل المتقدم.	طلب صور قبل التوظيف.
التعليم	الأسئلة المتعلقة بالشهادات الجامعية و المهنية. الاستفسار عن مهارات اللغة، مثل قدرة المتقدم على قراءة وكتابه لغة أجنبية.	الأسئلة المتعلقة بالانتماء العرقي أو الديني للجماعات التي أشترك فيها المتقدم في أثناء عملية تعلمه. أي استفسار عن اللغة الأم أوعن القدرة على التحدث باللغات الأجنبية (إلا إذا تطلبت الوظيفة ذلك.)

تابع جدول (١٥-٢).

المجال	الأسئلة المناسبة	الأسئلة غير المناسبة
الأقارب	ذكر أسماء وعناوين والعلاقة مع الأقرباء وذلك للتواصل معهم في حالات الطوارئ.	أي استفسار غير قانوني عن الأقارب أو زملاء السكن.
الأطفال		أسئلة عن أسماء وأعمار أبناء المتقدمين، أو أي استفسار عن كيفية رعاية الأطفال.
التنقل		أي استفسار عن وسائل الانتقال من وإلى العمل (إلا إذا كان امتلاك سيارة أمرا ضروريا للوظيفة).
المؤسسة	الأسئلة عن اشتراك المتقدم لمؤسسة ما.	أي استفسار عن عضوية المتقدم للمؤسسات ذات التوجهات الدينية، أو العرقية، أو الجنسية.
الحالة الجسمانية/ الإعاقة	الاستفسار عن قدرة إيفاء المتطلبات الوظيفية.	أي استفسار عن الحالة الطبية، أو الصحية، أو الأمراض، أو درجة الإعاقة.
الخدمة العسكرية	الأسئلة المتعلقة بالخدمة العسكرية، والرتبة العسكرية التي يحملها الشخص، والجناح العسكري الذي خدم به. طلب شهادة الإعفاء من الجيش بعد التوظف.	الاستفسار عن الاشتراك في أي قوات عسكرية أجنبية غير الولايات المتحدة. طلب شهادة الإعفاء قبل التوظف.
جدول العمل	الاستفسار عن مدى تقبل المتقدم للعمل وفق مواعيد وجداول المؤسسة كما هي.	الاستفسار عن رغبة المتقدم في الحصول على إجازة دينية معينة مختلفة عن المؤسسة.
المعارف	المعارف والتوصيات التي لا تنتمي لديانة، أو نوع ،أو عرق ،أو لون ،أو عمر، أو أصل ،أو إعاقة.	طلب معارف أو توصيات من رجال الدين، أو من أي أفراد منتمين لعرق أو لون أو نوع أو عمر أو أصل معين.
الوضع المالي		أي استفسار عن الوضع المالي بالبنك ، أو حجم الاقتراض، أو التقييم الائتماني، أو الذمة المالية.
متطلبات أخرى	أي أسئلة متعلقة مباشرة بالوظيفة التي يتقدم لها المرشح.	أي استفسار غير متعلق بالوظيفة، والتي قد تبرز رغبة في التمييز غير القانوني. أي استفسارات عن الإدانات القانونية أو الجنائية للمتقدم (إلا إذا كانت ضرورية للوظيفة، مثل التصاريح الأمنية).

ويمنع قانون الإعاقة الذي فُعِل في عام ١٩٩٠ أي تمييز مبني على الإعاقة. الإعاقة هي أي اعتلال جسدي أو نفسي يمنع الفرد من ممارسة واحد أو أكثر من الأنشطة الحياتية، أو يكون الفرد لديه أوراق تثبت هذه الإعاقة (مثل تردد الفرد على مدرسة متخصصة للصم)، أو ينظر للشخص على أنه لديه هذا الاعتلال (أن يمشي مستخدما عكازًا). والشخص المناسب للوظيفة هو الشخص الذي يستطيع أن ينفذ المهام الرئيسة للمنصب.

وقد تم تعديل القانون في عام ٢٠٠٩ (U.S. Department of Justice, 2009)وتم توسيع تعريف الإعاقة من أجل إفادة الموظفين. ويشمل هذا التعديل أنواع الإعاقة التي لم تذكر في القانون الأصلي (مثل الإصابة بمرض السكري، أو بداء الصرع، أو الاضطراب الثنائي القطبية) كما توسعت الأنشطة الحياتية التي لا يستطيع أن يمارسها الشخص المعوق لتشمل المهام الجسمانية الكبرى (مثل نظام المناعة، والمهام العقلية) وفي نفس الوقت تمت إزالة بعض المعايير التحسينية (مثل الأطراف الصناعية وتعاطي أدوية محددة).

وعلى صاحب العمل الذي يعين أكثر من ١٥ شخصاً لديه أن يوفر وسائل لمساعدة المعاقين الذين يتحملون "مشقة لا داعي لها" في أثناء تأديتهم لوظيفتهم. ومن المساعدات التي يستطيع أن يقوم بها صاحب العمل للموظف المعوق تسهيل استخدام الأدوات التي يستخدمها الموظف وإعدادها لتناسب إعاقة الشخص، وإعادة هيكلة متطلبات الوظيفة، وتعديل مواعيد العمل، أو تعديل الأدوات المستخدمة، أو تعديل السياسات ووسائل التدريب والاختبارات المهنية التي قد يخضع لها الفرد، أو توفير مترجمين أو قارئين متخصصين للتفسير للفرد المعاق.

كما شملت تعديلات عام ٢٠٠٩ عددًا من الأحكام التي تفيد الموظفين عمومًا. وينبغي ملاحظة أن شكاوى غير المعاقين بشأن التميز ضدهم لصالح المعاقين لا تتعارض مع القانون. وبالرغم من توسيع تعريف الإعاقة والأفراد المنضمين لهذا الترف، إلا أن وسائل مساعدة المعاقين قد ظلت كما هي دون تغيير.

وتعد مهمة اختيار وتوظيف الأفراد الملائمين من أهم المهام التي تتم بالمؤسسة، فالمرشحون الذين تتلاءم مؤهلاتهم مع متطلبات الوظيفة هم أكثر الأفراد قدرة على الإنتاج، والأكثر احتمالية

للبقاء بالمؤسسة لفترات طويلة. وتميل المؤسسات في أوقات انخفاض أعداد الممرضين بسوق العمل إلى تسريع عملية التوظيف، ولكن هذا أمر غير محبذ. وتعود جهود جذب واختيار أفضل المرشحين بالنفع على المؤسسة لفترة طويلة من الزمن. وتوضح دراسة الحالة (١٥-١) توصيات أحد مديري التمريض بشأن اختيار ممرض ما للعمل بالمؤسسة.

حالة (١٥-١). اختيار طاقم العمل.

جاك ترنر يعمل كمدير تمريض بقسم الطوارئ في أحد المستشفيات الحضرية. ويوجد بقسمه أربع وظائف شاغرة خاصة بممرضين مسجلين. توجد ثلاثة برامج تمريضية معترف بها في المدينة وهي: برنامج تابع لجامعة الولاية، وبرنامج اجتماعي، وبرنامج بكالوريوس العلوم التمريضية والممرضين المسجلين.

اشترك جاك في أحد معارض التوظيف الذي استضافته المستشفى. وكان عدد الحضور جيدًا، واستقبلت المستشفى عدداً كبيراً من السير الذاتية الواعدة لطلبة التمريض الذين سيتخرجون قريبًا. ولاحظ جاك أن إحدى الحاضرات وهي سابرينا اشورث ستتخرج الشهر القادم بشهادة بكالوريوس العلوم التمريضية. وعملت سابرينا في العام الماضي كمساعدة تمريض في قسم الطوارئ بأحد المستشفيات المحلية. بالإضافة لخبراتها السابقة، فإن درجات سابرينا التعليمية مرتفعة، كما لديها اهتمام كبير في رعاية حالات الصدمات والحالات الحرجة. اتصل جاك بقسم الموارد البشرية ليحددوا موعد مقابلة شخصية مع سابرينا.

وافقت سابرينا على المقابلة الخاصة بفرصة توظيف منصب ممرضة مسجلة. أعد جاك غرفة الاجتماعات القريبة من قسم الطوارئ ليجري المقابلة مع سابرينا. وقبل المقابلة، قام جاك بمراجعة السيرة الذاتية لسابرينا وطلب توظيفها، ملاحظًا الخلفية التعليمية، وتاريخ العمل، وعملها التطوعي في المكسيك للمساعدة في أحد برامج التطعيم. كما راجع جاك الوصف الوظيفي للمنصب، وخطوات التوظيف الخاصة بقسم الموارد البشرية وذلك في حالة تقديم عرض وظيفة رسمية لسابرينا.

بدأت المقابلة في الموعد المحدد لها. رحب جاك بسابرينا وحاول بناء صلة معها. وقام باتباع دليل المقابلة الذي قدمه قسم الموارد البشرية له. أكد جاك لسابرينا أنه سوف يأخذ عدداً من الملاحظات في أثناء المقابلة. وجه جاك عدداً من الأسئلة المتعلقة ببعض المواقف العملية التي قد تحدث بقسم الطوارئ. ومنح جاك بعض الوقت لسابرينا حتى تسأل عن المنصب الذي تجري من أجله المقابلة. وطلب جاك من الممرضين المسجلين اللذين يعملان معه أن يصطحبا سابرينا في جولة لقسم الطوارئ. وأخيرًا لخص جاك خطوات التوظيف لسابرينا مؤكدًا أنه سيبلغها بقراره في خلال ٧-١٠ أيام.

بعد المقابلة، طلب جاك من قسم الموارد البشرية أن يتحقق من قائمة معارف وتوصيات سابرينا. بعد التأكد مما قالته سابرينا في السيرة الذاتية والطلب والمقابلة، وبعد الحصول على ردود فعل إيجابية عن سابرينا قدم جاك عرض عمل رسمياً لها وقبلت سابرينا بالوظيفة.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن الآتي :

- فهم سياسات قسم الموارد البشرية المتعلقة باختيار وتوظيف طاقم العمل.
- التعاون مع قسم الموارد البشرية من أجل تسهيل عمليه اختيار وتوظيف طاقم العمل المناسب.
- التعرف على القوانين الفيدرالية المتعلقة بعملية التوظيف والمقابلة مع المرشحين.
- الإعداد للمقابلة.
- إجراء المقابلة.
- التواصل مع المتقدم للوظيفة في المواعيد التي حددها له من قبل.

الخلاصة:

١. اختيار طاقم العمل وظيفة في غاية الأهمية وتتطلب الربط بين الأفراد المناسبين للوظيفة المناسبة. ويتم مشاركة مسؤولية التوظيف بين قسم الموارد البشرية ومدير التمريض.

٢. الوصف الوظيفي إدارة أساسية لتعريف المنصب الشاغر.

٣. التوظيف هو عملية تحديد وجذب أكبر عدد ممكن من المرشحين المناسبين، ثم يتم الاختيار من بين هؤلاء المرشحين للعدد المطلوب لملء الوظائف الشاغرة.

٤. يجب أن ترتبط عملية الاختيار بمتطلبات الوظيفة الشاغرة. وغالباً ما يتم استخدام السيرة الذاتية، وطلبات العمل، والفحوصات الطبية، والتوصيات والمعارف، والمقابلات الشخصية من أجل اختيار الموظفين.

٥. المقابلة الشخصية تتطلب مهارات معقدة، وتهدف لجمع معلومات عن المرشح وإعطاء معلومات للمرشح عن المؤسسة.

٦. المقابلات الناجحة تتطلب تخطيطاً وتنفيذاً ومتابعة من أجل اتخاذ القرارات الأفضل.

٧. يجب إعداد دليل للمقابلة لأجل توفير أداة نقدية تساعد على اتخاذ القرار المناسب.

٨. تخضع قرارات الاختيار لقوانين الحقوق المدنية لعام ١٩٦٤، وقانون المساواة في الأجور لعام ١٩٦٣، وقانون التمييز العمري لعام ،١٩٦٧ وقانون الإعاقة لعام ١٩٩٠، وتعديلاته بعام ٢٠٠٩.

أدوات توظيف واختيار طاقم العمل:

١. إدارة أو تعديل الوصف الوظيفي.

٢. تنسيق الجهود مع قسم الموارد البشرية.

٣. تأكد من أن المسؤوليات تحقق الاستجابة التي تريدها (انظر صندوق ١٥-١).

٤. استعد للمقابلات.

٥. اتبع التوصيات التي قدمها هذا الفصل في المقابلات الشخصية.

٦. حلل المعلومات التي حصلت عليها من المقابلة، وراجع قائمة التوصيات والخبرات من قبل أن تتخذ قرارك النهائي.

التقويم:

١. كيف تختار مؤسستك الموظفين؟ هل طريقة الاختيار فعالة؟ كيف يمكن تحسينها؟

٢. إذا طُلِب من أحد المرشحين للوظيفة أن تخبره عن طبيعة العمل والمؤسسة. كيف سيكون ردك؟

٣. هل شاركت في مقابلة شخصية من قبل سواء كمرشح أو كعضو من أعضاء طاقم العمل؟ كيف كانت المقابلة؟ هل تريد أن تغير شيئاً ما في هذه المقابلة السابقة وفقًا لما تعلمته من الفصل؟

٤. يتم استخدام التدريب كإحدى إستراتيجيات التوظيف. ما مميزات وعيوب هذه الإستراتيجية؟

٥. تذكر آخر مقابلة شخصية قمت بها من أجل الحصول على وظيفة ما. هل اتبع الممتحن نفس المبادئ التي ذكرت بالفصل؟

المراجع

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration, 38*(5), 223–229.

Brady-Schwartz, D. C. (2005). Further evidence on the Magnet Recognition Program: Implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Administration, 35*(9), 397–403.

Parrish, F. (2006). How to recruit, interview, and retain employees. *Dermatology Nursing, 18*(2), 179–180.

U. S. Department of Justice. (2009). Americans with disabilities act of 1990, as amended. Retrieved July 25, 2011 from http://www.ada.gov/pubs/ada.htm

U. S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. (2011). Statistics on registered nurses. Retrieved July 25, 2011 from http://www.dol.gov/wb/factsheets/Qf-nursing-05.htm

الفصل السادس عشر

الجدولة وطاقم العمل

التخطيط لطاقم العمل:

١ . أنظمة تصنيف المرضى ((Patient Classification Systems (PCSs)

٢ . تحديد عدد الساعات التمريضية

٣. تحديد معامل الدوام الكامل

٤ . تحديد توليفة العاملين

٥. تحديد توزيع طاقم العمل

الجدولة:

١ . الجدولة المبتكرة والمرنة للعمالة

٢ . الجدولة الآلية

٣. طاقم العمل الإضافي

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي:

١ . كيفية تحديد احتياجات الموظفين؟

٢ . كيفية استخدام نظم تصنيف المرضى لحساب عدد ساعات الرعاية التمريضية المطلوبة؟

٣. كيفية حساب معامل الدوام الكامل؟

٤ . كيفية تحديد مزيج طاقم العمل المناسب وكيفية توزيع الطاقم؟

٥. ما الطرق المختلفة لجدولة أعمال طاقم العمل؟

٦ . كيفية توفير الأعداد الناقصة من طاقم العمل؟

تعد عملية الجدولة وعملية التخطيط لطاقم العمل من أهم مسؤوليات مدير التمريض، كما تعد العمليتان من أهم المتطلبات لتوفير خدمات الرعاية الصحية. وزيادة مستويات توظيف الممرضين يؤدي إلى تقليل عدد وفيات المرضى (Schilling *et al.*; Needleman *et al.*, 2010; 2011). ومن المعروف أيضًا أن فشل الربط بين احتياجات المرضى ومهارات الممرضين يزيد من عدد وفيات المرضى (Needleman *et al.*, 2011).

وقد أيد نظام كاليفورنيا لانتداب الممرضين النتائج السابقة. فلم تؤدِ زيادة مستويات توظيف الممرضين إلى تقليل أعداد وفيات المرضى فحسب، بل ساعدت المستشفيات في تحسين مستويات إبقاء العاملين بها (Aiken *et al.*, 2010) . ويجب الإشارة إلى أن المستشفيات الجاذبة تحقق مستويات توظيف أعلى للممرضين (Hickey *et al.*, 2010)، ومستويات عمل جماعي أفضل من المستشفيات الأخرى (Kalisch & Lee, 2011) .

التخطيط لطاقم العمل

والهدف من عملية التخطيط لطاقم العمل يكمن في توفير العدد والمزيج المناسب من طاقم عمل الممرضين (عدد ساعات الرعاية التمريضية) للربط بين احتياجات المرضى المستهدفة والفعلية (عدد ساعات رعاية المرضى) وذلك بغرض تحقيق كفاءة وفاعلية الخدمات التمريضية. لا يوجد طريقة وحيده أو طريقة مثلى لتحقيق هذا الهدف. ويتطلب التباين المستمر لأعداد المرضى تحديد التوليفة المناسبة من طاقم التمريض.

وقد تكون أعداد توافد المرضى مستقرة في وحدة بأحد المستشفيات على مدار أيام الأسبوع، وتزيد أعداد الوافدين إلى المستشفى من يوم الاثنين إلى الجمعة. وقد تستقر أعداد المرضى طوال العام، أوقد تكون في ذروتها في بعض الأشهر (نمط موسمي) التي يكثر فيها الإصابة بفيروس الأنفلونزا. أيضًا قد تتزايد أعداد المرضى بالعيادات الخارجية في الأوقات التي يتوفر بها بعض الأخصائيين بأمراض معينة، أو في أوقات تقديم التطعيم ضد أمراض ما، ولهذه الأسباب تشكل عملية التخطيط لطاقم العمل تحديا للمديرين بمؤسسات الرعاية الصحية.

حتى يتمكن المديرون من تحديد أعداد طاقم العمل المطلوب عليه أن يتعرف على أنماط توافد المرضى (ضغط العمل) بالوحدات أو الأقسام أو العيادات المستهدفة. وبالنسبة للمستشفيات

فإن هذا يعني تحديد مستوى الرعاية، ومتوسط التعداد اليومي للمرضى، وساعات الرعاية المقدمة خلال الأربع والعشرين ساعة طوال أيام الأسبوع السبعة .

وقد حددت اللجنة المشتركة، وجمعية الممرضين الأمريكيين متطلبات طاقم العمل التي يجب على المؤسسات تحقيقها، فأكدت اللجنة المشتركة (Joint Commission, 2011) على ضرورة توفير عدد الممرضين المناسب لتلبية احتياجات المرضى. وهذا العدد يجب أن يبنى على أساس معايير تحددها المؤسسة. ويوضح الجدول (١٦-١) متطلبات أنظمه التوظيف التي أقرتها جمعية الممرضين الأمريكيين ((The American Nurses Association (ANA)) (Manojlovich, 2009).

جدول (١٦-١). متطلبات أنظمة التوظيف:

لرسم خطة التوظيف المناسبة والفعالة يجب أن :
١. تبنى على أساس الأعداد المتوفرة من الممرضين المسجلين.
٢. تبنى على أساس أعداد المرضى، ودرجة خطورة حالاتهم المرضية، مع الأخذ في الاعتبار بمواعيد دخول وخروج ونقل المرضى بكل وردية.
٣. تعكس مستوى استعداد وخبرات مقدمي خدمات الرعاية الصحية.
٤. تعكس مستويات التوظيف التي توصي بها المنظمات المتخصصة.
٥. لا تجبر الممرضين المسجلين على العمل بالوحدة بغض النظر عن قدرتهم على توفير خدمات الرعاية بهذه الوحدة.
Adapted from Manojlovich, M. (2009). Seeking staffing solutions. American NurseToday, 4(3)، 26.

أنظمة تصنيف المرضى ((Patient Classification Systems (PCSs))

يطلق عليها أيضًا أنظمة حدة حالة المرضى (patient acuity systems)، وهي الأنظمة التي تحدد احتياجات المرضى بغرض تحديد متطلبات العمل واحتياجات التوظيف المستهدفة. وأكثر الطرق فاعلية لتحديد احتياجات التوظيف هي أن يجمع طاقم تمريض كل وردية بيانات تصنيف المرضى، ثم يقوم بتحليلها قبل موعد قدوم الوردية التالية، وذلك للتأكد من العدد والتوليفة المناسبة لطاقم العمل.

هذا النظام دقيق في التنبؤ بأعداد ومستويات مهارة الممرضين المطلوبين للعمل خلال الوردية التالية. ولكن قد تحدث أخطاء غير متوقعة. قد يتغيب بعض الممرضين بحجة المرض، وقد لا تتناسب مهارة الممرضين لاستقبال أعداد المرضى الوافدين للمستشفى أو قد تتغير الحالة الصحية للمرضى.

وقد اقترح بيكارد ووارنر (2007) أنظمة تصنيف مرضى وفقا لخبرة الممرضين، من أجل التنبؤ بتخصصات وخبرات الممرضين المطلوبين للعمل خلال الأيام المقبلة. فقد اشتكى الباحثان من فشل تحديد مستويات التوظيف وفقًا للاحتياجات الحالية للمرضى في تحقيق النتائج السابق ذكرها. ويستخدم النظام الذي استحدثاه، والمسمى بنظام إدارة الطلب (Demand Management)، أفضل بروتوكولات التوظيف المبنية على الحصيلة الصحية للمرضى للتنبؤ، وتحديد حجم الطلب على الممرضين. وتستخدم البيانات التاريخية لأنماط تطور الحالة الصحية للمرضى في تحديد الحصيلة الصحية للمرضى طوال فترة إقامتهم بالمستشفى. ويتم تتبع الانحرافات وتعديل مستويات التوظيف باستمرار. ويسمح هذا النظام بالتنبؤ بمستويات التوظيف التي تحتاجها الوحدة لعدة أيام تالية بدلاً من مجرد التنبؤ بمستويات توظيف الوردية التالية. الخطوة التالية هي تحديد عدد ساعات الرعاية التمريضية المطلوبة.

تحديد عدد الساعات التمريضية

تحسب عدد الساعات التمريضية ((nursing care hours (NCHs)) عن طريق تحليل اتجاهات ضغط العمل لكل يوم بالأسبوع (وتحسب الاتجاهات كل ساعة في وحدات الرعاية الحرجة) أوعن طريق تحليل اتجاهات ضغط العمل وفقاً لتصنيفات مرضى معينين، وذلك بغرض تحديد احتياجات التوظيف. مثلاً: إذا كان ٢٦ مريضًا يعانون من حالة صحية معينة يحتاجون إلى ١٦١ ساعة رعاية تمريضية، فإن متوسط ساعات الرعاية التمريضية المطلوبة لكل مريض ((nursing hours per patient per day (NHPPD)) تبلغ ٦,١٩ ساعة. ويحسب متوسط عدد ساعات الرعاية التمريضية المطلوبة لكل مريض NHPPD عن طريق قسمة العدد الكلي لساعات الرعاية التمريضية على العدد الكلي للمرضى.

لا توجد معايير حساب معينة لعدد ساعات الرعاية التمريضية لنوع محدد من المرضى أو لوحدة رعاية ما، وتتباين عدد ساعات الرعاية التمريضية المطلوبة للوحدات المختلفة حيث قد تتراوح من خمس إلى سبع ساعات في وحدات الجراحة أو الوحدات العادية، و تتراوح بين ١٠-٢٤ ساعة في وحدات الرعاية الحرجة، وتتراوح بين ٢٤-٤٨ ساعة لرعاية مرضى معينين مثل المرضى ذوي الحروق البالغة.

الإجمالي	عدد المرضى	درجة الخطورة	عدد ساعات رعاية المريض	إجمالي ساعات الرعاية
	٣	I	٢	٦
	١٠	II	٦	٦٠
	١١	III	٧	٧٧
	٢	IV	٩	١٨
الإجمالي	٢٦			١٦١

تحديد معادل الدوام الكامل

تتحدد مناصب العمل باستخدام معادل الدوام الكامل (full-time equivalent (FTE)). والوحدة الواحدة من معادل الدوام الكامل تساوي ٤٠ ساعة عمل أسبوعية طوال ٥٢ أسبوعاً، بمعنى آخر تساوي ٢٠٨٠ ساعة عمل سنوية. ويساوي معادل الدوام الكامل ٨٠ ساعة إذا كانت الفترة التي سيدفع فيها للعامل تبلغ أسبوعين فقط. يمكن أن يعمل موظف واحد أو مجموعة من الموظفين لحساب الوحدة الواحدة من معادل الدوام الكامل. مثلا، قد يعمل ممرض واحد ٢٤ ساعة بالأسبوع ويضاف إليه ممرضان آخران يعمل كل منهما ٨ ساعات بالأسبوع. بإضافة عدد ساعات الممرضين الثلاثة نحصل على وحدة واحدة لمعادل الدوام الكامل (٢٤+٨+٨=٤٠).

وهناك أكثر من طريقة لحساب عدد معادل الدوام الكامل المطلوب لتأدية أعمال الوحدة طوال ٢٤ ساعة باليوم لـ٧ أيام بالأسبوع. وهناك طريقة واحدة لدمج المعلومات المتعلقة بعدد ساعات العمل المطلوبة لتوظيف العاملين لمدة أسبوعين، ومتوسط التعداد اليومي، وعدد ساعات الرعاية لحساب معادل الدوام الكامل. ويمكن حساب متوسط التعداد اليومي عن طريق قسمة إجمالي أيام المرضى (total patient days) — المحسوب من التعداد اليومي لمدة عام كامل — على عدد أيام السنة.

مثال:

إجمالي أيام المرضى = $\frac{9490}{365}$ = ٢٦ مريضاً باليوم

البيانات:

عدد ساعات معادل الدوام الكامل لمدة أسبوعين = ٨٠

عدد أيام التغطية في أسبوعين = ١٤

متوسط التعداد اليومي = ٢٦

متوسط ساعات الرعاية التمريضية = ٦,١٥

المعادلة:

س= متوسط تعداد المرضى×ايام التغطية×متوسط ساعات الرعاية التمريضية / عدد ساعات معادل الدوام الكامل لمدة اسبوعين

س = $\frac{6.15\times14\times26}{80}$ = $\frac{2238.6}{80}$ = 27.98 أو 28FTEs

وهناك طريقة أخرى تستخدم عدد ساعات الرعاية وعدد ساعات العمل السنوية لوحدة معادل الدوام الكامل:

البيانات:

عدد ساعات العمل السنوية لوحدة معادل الدوام الكامل = 2080

إجمالي عدد ساعات الرعاية التمريضية = ١٦١

المعادلة:

س = عدد ايام السنة×اجمالي عدد ساعات الرعاية التمريضية / عدد ساعات العمل السنوية لوحدة معادل الدوام الكامل

س= $\frac{161\times365}{2080}$ = $\frac{58765}{2080}$ = 28.25 أو 28 FTEs

عادة ما يعمل شخص بدوام كامل طوال ٨٠ ساعة خلال أسبوعين (١٠ ورديات، كل وردية مدتها ٨ ساعات). ولتوظيف وردية مدتها ٨ ساعات تستغرق ١,٤وحدة من معامل الدوام الكامل، نحتاج لتوظيف شخص يعمل ١٠ ورديات كل وردية مدتها ٨ ساعات (١,٠ FTEs)، بالإضافة إلى موظف يعمل ٤ ورديات كل وردية مدتها ٨ ساعات (٠,٤ FTEs)، وذلك مع الأخذ في الاعتبار بيومين إجازة بالأسبوعين يحصل عليها الموظفان. إذا كانت الوردية مدتها ١٢ ساعة، فإننا نحتاج واحداً أو اثنين FTEs لتوظيف وردية واحدة تستغرق ١٢ ساعة كل يوم، وبكل أسبوع سيعمل شخصان يتولى كل منهما ثلاث ورديات تستغرق الواحدة ١٢ ساعة، وذلك بالإضافة إلى شخص واحد يعمل وردية واحدة تستغرق ١٢ ساعة كل أسبوع (٠,٩ FTEs= ٠,٩ FTEs= ٠,٩ FTEs = ٠,٣ FTEs = ١,٢ FTEs). إذن، فإننا نحتاج إلى نفس عدد وحدات معادل الدوام الكامل لتأدية

مهام وحدة لمدة ٢٤ساعة باليوم لمدة أسبوعين، وذلك بغض النظر عن فترة الوردية، فإذا كانت الوردية تستغرق ٨ ساعات (FTEs ٢ , ٤ = وردية٣٣ × ٤ , FTEs١) أو إذا كانت الوردية تستغرق ١٢ ساعة (FTEs ٢ , ٤ = وردية ٣٢ × ١ , FTEs ٢).

تحديد توليفة العاملين

لحساب توليفة العاملين نحتاج إلى نفس البيانات التي استخدمت لحساب معادل الدوام الكامل. مثلاً، لتلبية الاحتياجات العامة لرعاية المريض نحتاج إلى موظفين مسؤولين عن التغذية، وموظفين مسؤولين عن نقل المرضى، وممرضين حاصلين على ترخيص أداء المهام التمريضية، ومساعدين. ولتلبية احتياجات المريض المتخصصة مثل حاجة تقييم حالته الصحية، وإعلامه بالعادات الصحية التي يجب اتباعها، وتحديد موعد إخراجه من المستشفى نحتاج إلى الممرضين المسجلين، لأنهم يملكون المهارات اللازمة لتلبية هذه الاحتياجات. إذا زاد التنوع في مهارات ممرضي التمريض، فإن مرونة طاقم العمل ستزداد. ولتحديد معلومات عن احتياجات المريض العادية نتتبع الاتجاهات التي يستخدمها نظام تصنيف المرضى الذي ذكر من قبل.

تحديد توزيع طاقم العمل

ويتباين توزيع طاقم العمل من وردية إلى أخرى ومن يوم لآخر خلال الأسبوع، وذلك في كثير من وحدات الرعاية. وتتباين أعداد المرضى بإحدى الوحدات الجراحية طوال الأسبوع، حيث يزيد عدد المرضى من يوم الاثنين إلى يوم الخميس، بينما تنخفض أعداد المرضى بعطلات نهاية الأسبوع. بالإضافة لذلك، قد تمتلئ الوحدة الجراحية بالحالات الجراحية المعقدة في بداية الأسبوع، بينما تقل فترة إقامة الحالات الجراحية السهلة بنهاية الأسبوع. وقد تكون فترة إقامة المرضى بالوحدات الجراحية أقل من بقية المرضى. ونادرًا ما تتباين أعداد المرضى بالوحدات الطبية العادية من الاثنين إلى الجمعة، ولكن أعداد المرضى قد تقل في نهاية الأسبوع عندما لا تكون هناك اختبارات تشخيصية تجرى للمرضى.

وقد يتفاوت ضغط العمل في العديد من الوحدات طوال ٢٤ ساعة. فيزداد الطلب على خدمات الرعاية بالوحدات الجراحية في بداية النهار حيث يبدأ جدول الجراحات، وفي وسط النهار

عندما تستقبل الوحدة المرضى القادمين من وحدات الرعاية الحرجة، وبآخر النهار عندما يعود المرضى من قسم التخدير، وفي المساء عندما يتم ترحيل المرضى.

وقد يزداد الطلب على خدمات الرعاية بوحدات الرعاية الحرجة في بداية النهار بسبب نقل المرضى إلى الوحدات الجراحية أو الطبية الأخرى ، وفي منتصف النهار عند استقبال حالات جراحية جديدة. وأما الوحدات الطبية الأخرى فيكون الطلب على خدمات الرعاية هو الأعلى في أثناء الصباح عندما يبدأ الأطباء بالمرور على المرضى. وبالنسبة لوحدات إعادة التأهيل يكون الطلب على خدمات الرعاية هو الأعلى قبل وبعد مواعيد الطعام وأثناء المساء، أما طوال اليوم فيكون المرضى منشغلين بأنشطة علاجية أخرى ، ويكونون في وحدات أخرى.

وعلى عكس وحدات الجراحة والرعاية الحرجة وإعادة التأهيل والوحدات الطبية التي يكون لها أنماط محددة لاحتياجات الرعاية، فإن وحدات الطوارئ واستقبال المرضى لا يمكن التنبؤ بضغط العمل أو باحتياجات الرعاية بها. ولهذا تعتمد وحدات الاستقبال والطوارئ على عدد ثابت من الموظفين للتأكد من أن طاقم عمل التمريض المناسب متواجد في كافة الأوقات.

والمثال التالي يحاسب مدير التمريض على تساؤل إحدى الممرضين الجدد بخصوص نسبة الممرضين إلى المرضى:

" في دور الجراحة نتبع نسبة ممرض مسجل إلى كل أربعة مرضى. كما نخطط لإضافة ممرض مسؤول إلى طاقم العمل ،حيث لا يتسلم حالات طبية، بل يقتصر دوره على مساعدة طاقم العمل في حالة تواجد المهام والاحتياجات الإضافية. وحسب الحاجة، قد يتولى الممرض الواحد مسؤولية رعاية ٣ مرضى أو ٥ مرضى. نحن نتصف بالمرونة، ونهتم بالحالة الصحية للمريض، وكفاءة طاقم العمل. وفي كل وردية نجري إعادة كل أربع ساعات للتأكد من أن احتياجات المرضى لم تتغير. كما ويعمل لدينا مساعدون في هذا الدور. وهم يقومون بالمساعدة في عمليات قراءة العلامات الحيوية للمرضى، وتغيير الأسرة، وتمشية واغتسال المرضى. ويتحمل المساعد مسؤولية رعاية ٨ – ١٢ مريضا. ويوجد عامل بالوحدة يقوم بالرد على الهاتف ويستقبل الزوار. وتعمل ديناميكية هذا الفريق على تقديم أفضل رعاية للمرضى"

الجدولة

الجدولة المبتكرة والمرنة للعمالة

لقد جعل انخفاض الأعداد المستمر للممرضين في سوق العمل، والقيود المفروضة على ميزانيات المرتبات كثيراً من المؤسسات تتبع أسلوب جدولة مرن ومبتكر. وأكثر أساليب الجدولة شيوعًا في الاتباع هي التوليفات المؤلفة من الورديات المستغرقة ٤،٦،٨،١٠، ١٢ ساعة عمل، والجداول التي تجبر الموظفين على العمل ٦ أيام متتابعة في ورديات تصل مدتها إلى ١٢ ساعة مع تقديم ١٣ يوم إجازة، وإستراتيجيات التوظيف التي تقدم برامج للعطلات والورديات المنفصلة.

قد تشكل الجداول المرنة تحديا كبيرًا خاصة في كيفية حسابها. ولكن بمجرد موافقة مدير التمريض وطاقم العمل على هذا الجدول، قد يتم إعادة تطبيقه باستمرار طوال فترة زمنية طويلة قد تستغرق ٦-١٢ شهرا. هذا سيسمح لطاقم العمل بتذكر وتنبؤ جداول عملهم قبل أشهر من تطبيقها.

ويعد استخدام الورديات التي تستغرق ٨ و١٢ ساعة عمل أكثر الأساليب وضوحًا. وقد تظهر مشكلات في أثناء اتباع أسلوب توليفات الورديات منها:

- قد يتصور الممرضون أنهم لا يعملون وفقاً لنظام الدوام الكامل، وذلك حينما يعملون لعدة أيام بينما يمنحون إجازة تستمر لعدد من الأيام المتواصلة.

- قد ينتج عن استخدام نظام الورديات المنفصلة حدوث انقطاع في فترات تقديم خدمات الرعاية (مثلاً : إذا تم اتباع نظام ورديات كالآتي: ٧:٠٠ إلى ١١:٠٠ صباحًا، من ١١:٠٠ صباحًا إلى ٣:٠٠ مساءً، من ٣:٠٠ مساءً إلى ٧:٠٠ مساءً، من ٧:٠٠ مساءً إلى ١:٠٠ صباحًا، من ١:٠٠ صباحًا إلى ٧:٠٠ صباحًا).

- حدوث صعوبة في التواصل المستمر بين طاقم العمل ومدير التمريض.

وتعد مميزات استخدام نظام توليفة الورديات كالآتي:

- زيادة رضا العاملين.
- زيادة نسبة توافر الممرضين.
- خدمات رعاية أفضل في أثناء فترات ذروة العمل.

أما الورديات التي تستغرق ١٠ ساعات تتسبب في حدوث عدد أكبر من التداخلات بين الورديات، وذلك يحدث بسبب الرغبة في إعطاء مزيد من الوقت للممرضين للانتهاء من أعمالهم وهو ما سيؤدي إلى زيادة النفقات على الأجور. ولكن بالرغم من ذلك قد يحقق نظام ورديات عشر الساعات كفاءة في إدارة النفقات وذلك عند تطبيقه في بعض الوحدات المتخصصة مثل: إدارة الإفاقة من التخدير، أقسام العمليات، وأقسام الطوارئ.

إدارة طاقم العمل والجدولة الذاتية

بعض المستشفيات تطبق أسلوب الإدارة الذاتية لطاقم العمل. ويعد هذا الأسلوب إحدى إستراتيجيات التمكين التي تتبعها المؤسسة، التي تمنح للعاملين بالوحدة سلطة استخدام الطاقم الإضافي من أجل مواجهة أوقات ذروة العمل، أو في حالات غياب الموظفين. أيضًا قد يقرر الطاقم الرحيل مبكرًا للذهاب إلى منازلهم إذا كان ضغط العمل منخفضًا.

أما الجدولة الذاتية فتسمح لطاقم العمل تنظيم وإدارة جداول عملهم. قد تحقق الجدولة الذاتية نتائج إيجابية بالنسبة لطاقم العمل والمديرين، ولكن يجب الانتباه جيدًا لضرورة تحقيق التوازن بين احتياجات الوحدة وطلبات العاملين (Collins, Song & Bailyn, 2007). وإذا تم تحديد الجدول على يد المدير أو على يد الموظفين، يجب أن يتم نشره وإتاحته لكل طاقم العمل على الإنترنت (انظر قسم الجدولة الآلية). وبهذه الطريقة تبين المؤسسات عدالتها في وضع جداول العاملين وتمكنها من زيادة خبرات عامليها.

الجدولة بالمشاركة

وهي أسلوب متبع حديثًا. حيث يتفق موظفان يعملان بنظام الدوام الكامل على تقسيم جدول عملهم المكون من ١٢ ساعة عمل على كل منهما ،بحيث يعمل كل منهما ٦,٥ ساعات يوميا، مبدلين بينهما أوقات الورديات الصباحية والمسائية. وهذا يسمح للممرضين غير القادرين على العمل طوال ١٢ ساعة متواصلة بتقسيم وردياتهم.

إدارة الورديات المفتوحة

وهي تقنية مبتكرة ، حيث تسمح المؤسسات لموظفيها أن يختاروا الورديات الإضافية التي تناسبهم (Bantle, 2007). عندما تنشر المؤسسة جداولها على شبكة الإنترنت كما تم توضيحه سابقًا،

فإن طاقم العمل قد يختار المهام والورديات التي تناسب خبراتهم وأوقاتهم الشخصية. وهذه الإستراتيجية تفيد المؤسسات التي تضم أكثر من مستشفى تحت إدارتها، ومن خلال الورديات المفتوحة سيختار الممرض المهمات التي تلائمه في أي مستشفى تابعة للمؤسسة. والمؤسسة قد تنشئ نظام جدولة داخلي (انظر القسم التالي).

وتوضح دراسة الحالة (١٦-١) كيفية استخدام مستشفى ما لأسلوب الورديات المفتوحة من أجل زيادة معنويات موظفيها.

دراسة الحالة (١٦-١). الجدولة.

يعمل توري ابراهام وجيليان مور مديري تمريض لوحدات جراحية وطبية عامة في مستشفيين منفصلين يتبعان إدارة نظام رعاية صحية كبير. وأصبحت إدارة طاقم العمل تشكل تحديًا في هذه الوحدات بسبب زيادة أعداد المرضى وزيادة عدد المعايير المتحكمة في حجم تكاليف المنظمة. وقد اشتكى طاقم العمل أكثر من مرة من أن الورديات الإضافية تمنح فقط للموظفين ذوي الدوام الجزئي، وتمنح الورديات ذات الأجر الإضافي للموظفين القدامى. ومع اقتراب موسم العطلات يزداد التوتر بين طاقم العمل، حيث تم اتباع نظام أشبه باليانصيب في توزيع المهام والورديات بين طاقم العمل في أثناء مواسم الإجازات الطويلة. وبما أن المنظمة تمنح طاقم العمل حرية الانتقال بين ٨ مستشفيات تابعة لإدارتها، فإن الإدارتين تعانيان من نسبة عالية من الانتقالات والاستقالات، فطاقم العمل يفضل الانتقال الى العيادات الخارجية.

تطوع توري وجيليان لتنفيذ نظام جدولة جديد بالمنظمة. حيث يستطيع الممرضون والمساعدون من اختيار ورديات العمل مفتوحة في كل وحدة ، فيطلبون من جيليان أو توري أن يعملا بالورديات التي تلائم مهاراتها وذلك عن طريق البريد الإلكتروني. ومن خلال السماح للموظفين في اختيار الورديات الإضافية بالمستشفيات التي يرغبون أن يعملوا فيها، يأمل كل من توري وجيليان في زيادة رضاء طاقم العمل. ومن المتوقع أن يتم إضافة جزء على شبكة الأنترنت يعرض ورديات وحدات أخرى وهذه الوحدات ستمنح طاقم العمل خبرات في التعامل مع مرضى الأورام والعظام. وسيقدم قسم التعليم الخاص بالمنظمة معلومات عن شهادات طاقم العمل للمديرين، وذلك للتأكد من ان الممرضين الذين يرغبون في العمل بعيدًا عن مجالهم الأصلي يملكون الخبرات الملائمة للمهام التي اختاروها.

بعد تطبيق نظام الجدولة الجديد لمدة ٩٠ يومًا بدأ توري وجيليان في ملاحظة النتائج الإيجابية. فتم تقليل عدد طاقم العمل الإضافي بنسبة ٦٠٪، كما أظهرت تقارير طاقم العمل أنهم أكثر سعادة للعمل في أماكن مختلفة دون الحاجة الى القيام بإجراءات نقل دائمة إليه. وأصبحت جدولة الإجازات أسهل حيث تمكن طاقم العمل الذي يرغب في العمل بالإجازة بمقابل مميز من اختيار جدول عمله الذي يناسبه. عرض توري وجيليان نتائج النظام الجديد على المدير التنفيذي من أجل تطبيق هذا النظام على المنظمة ككل.

الدروس المستفادة:

على مدير التمريض أن:

- يتعرف على احتياجات طاقم العمل والجداول التي يرغبون في العمل بها.
- تحليل الأثر الاقتصادي والمالي لاستخدام طاقم العمل الإضافي في العمل بالورديات الإضافية على ميزانية المنظمة.
- التأكد من تواجد الأعداد المناسبة من طاقم العمل لتقديم خدمات رعاية آمنة وملائمة.
- التناقش مع طاقم العمل حول أسباب إحباطهم أو غضبهم من نظام الجدولة المتبع.
- استخدام حلول إبداعية لمشكلات الجدولة.
- تحسين الرضا الوظيفي للممرضين وإكسابهم مزيداً من المهارات.

تخطيط العاملين لعطلات نهاية الأسبوع

لا تستطيع المؤسسات الآن أن تتحكم أو تتعسف في إحضار طاقم العمل في أثناء عطلات نهاية الأسبوع، أو في الورديات المسائية التي ينخفض بها عدد الموظفين. وتجبر حدة الحالات الصحية للمرضى - خاصة الحالات الجراحية والطبية الطارئة – على أن يقضي الممرضون أيام عطلة نهاية الأسبوع بنفس قواعد أيام العمل العادية. ويمكن استخدام تحليل اتجاهات بيانات المرضى من أجل تقليل أعداد الممرضين المسجلين لمستويات محددة بسبب اختلاف احتياجات المرضى.

وتعد خطة بايلور (Baylor plan) وسيلة ابتكارية تستخدم لتخطيط مستويات طاقم العمل المطلوب للعمل في إجازات نهاية الأسبوع. وتم إنشاء هذا الأسلوب في جامعة ومركز طبي بأبلور. ومن خلال هذه الخطة يوافق الموظفون للعمل في ورديات مدتها ١٢ ساعة فقط في أثناء عطلات نهاية الأسبوع، ويدفع لطاقم العمل مقابل عمله طوال الأسبوع. وقد طبقت كثير من المستشفيات هذا النموذج من أجل تلبية احتياجات التوظيف في أثناء عطلات نهاية الأسبوع (CedarCommunity Hospital, 2011; St. Vincent's Hospital, 2011).

الجدولة الآلية

تتيح التكنولوجيا الحديثة للمؤسسات أن تقوم بالجدولة الآلية (Douglas, 2010). فالربط بين احتياجات المرضى وطاقم العمل باستخدام الجدولة الآلية أفضل من تنظيم الأفراد لجداول العمل. ويجب أن تتوافر معلومات عن المرضى والمستشفى وخصائص الممرضين من أجل المساعدة في اتخاذ قرارات الجدولة (Frith, Anderson & Sewell, 2010). وتحسن الجدولة الآلية من نتائج خدمات الرعاية الصحية لأن الممرضين يقضون مزيدًا من الوقت مع أكثر المرضى احتياجًا للرعاية

التمريضية. بالإضافة لذلك، فإن الاستخدام الأفضل لوقت الممرضين سيؤدي إلى تحسن إدارة الموارد المالية (Barton, 2011).

وغالباً ما يتم عرض البيانات على لوحات قياس (dashboard). ولوحات القياس برنامج حاسوبي يعرض البيانات الآنية المجمعة من المصادر المختلفة، ثم يتم تصنيفها من أجل استخدامها في عمليات اتخاذ القرارات.

طاقم العمل الإضافي

يجب على الممرض، وهو الشخص المسؤول عن الجدولة، أن يجد طاقم عمل إضافياً في الأوقات التي يتغيب بها عدد من أفراد طاقم العمل، أو عندما يزيد ضغط العمل، أو في أوقات العطلات. وغالباً ما تنحصر اختيارات طاقم العمل الإضافي في استخدام نظام طاقم عمل وفقًا للطلب ((PRN_staff scheduled on an as-needed basis)) ، والعاملين بالدوام الجزئي، والجمعيات الطليقة الداخلية، أو استخدام ممرضين من خارج المؤسسة.

وتحتاج المؤسسات لطاقم العمل الإضافي عندما يزيد ضغط العمل بحيث لا يتحمله الممرضون المتواجدون بالمؤسسة، أو في حالات تغيب الموظفين، أو في حالات استقالة بعض الممرضين وتواجد مناصب شاغرة بالمؤسسة. ويجب على مدير التمريض، ومدير التمريض التنفيذي، وموظفي الوحدة التنبؤ بالمشكلات المزمنة المتعلقة بهيكل العمل قبل حدوثها. ويناقش الفصل العشرون إستراتيجيات التعامل مع التغيبات والاستقالات.

الجمعيات الداخلية

ويمكن مواجهة مشكلات طاقم العمل عن طريق تكوين جمعيات داخلية طليقة تضم طاقم التمريض والمساعدين. وتعد الجمعيات الداخلية الطليقة المتكونة من ممرضي المؤسسة إحدى الوسائل للحصول على طاقم عمل إضافي بتكلفة أقل من العاملين الإضافيين الذين تحصل عليهم المؤسسة من الخارج. بالإضافة لذلك، فإن طاقم العمل الداخلي على علم بطبيعة عمل المؤسسة. ويجب تمرين أعضاء الجمعيات الداخلية الطليقة على أنواع الخدمات الصحية التي من المفترض أن يقدموها للمرضى.

قد تكون الجمعيات الداخلية الطليقة مركزية، أولا مركزية. والجمعيات المركزية أكثر كفاءة، حيث تتاح جهود أعضاء الجمعية من الممرضين المسجلين، والمساعدين، والحاصلين على رخصة أداء

مهنة التمريض والعمال في مكان بالمؤسسة. ولكن، قد يكون من الصعب وضع الشخص ذي الخبرات المناسبة في الوقت المناسب بوحدات معينة.

أما بالجمعيات اللامركزية، فيعمل طاقم العمل لخدمة وحدة ما أو مدير تمريض ما. ومن مميزات الجمعيات اللامركزية الآتي: تحسين ردود أفعال الموظفين، والسماح بتقديم خدمات الرعاية بشكل مستمر وتحسين مسؤولية طاقم العمل. وغالباً ما تستخدم الوحدات المتخصصة مثل غرف العمليات، ووحدات الرعاية الحرجة، ووحدات رعاية الأطفال والأمهات جهود الجمعيات اللامركزية.

بالإضافة لذلك، قد يتلقى طاقم العمل تدريبًا تبادليًا في الاستعداد لتحمل مهام أقسام أخرى. مثلاً: قد يتم تدريب ممرض بقسم الرعاية الحرجة للعمل في وحدات أخرى تحتاج إلى مهارات تمريض عادية، ومهارات تمريض متخصصة للرعاية الحرجة.

وقد يتم تصميم مناصب عمل مزدوجة في أثناء عملية استقدام الممرضين. وتساعد هذه المناصب المؤسسة على تعظيم مرونة جداولها، ومنح موظفيها فرص اكتساب مهارات إضافية.

الجمعيات الخارجية

بعض المؤسسات تتعاقد مع ممرضي وكالة ما لملء مناصب شاغرة لفترة محددة من الوقت (مثل الإحلال محل ممرضة في أثناء فترة إجازة وضع). ويجب أن يتم تعريف هؤلاء الممرضين بطبيعة العمل بالمؤسسة والوحدة، كما يجب أن يعملوا تحت إشراف الممرضين الأساسيين للمؤسسة. يجب على المدير أن يتأكد من رخصة عمل الممرض بحيث يجب أن تكون صالحة في وقت التعاقد وأن يكون الممرض لديه تأمين ضد أخطاء الممارسة، كما يجب أن يحدد وسيلة ما لتقييم أداء هؤلاء الممرضين. وبالرغم من أن هؤلاء الممرضين يحلون مشكلات التوظيف بالمؤسسة، إلا أن استخدامهم قد يتعارض مع استمرارية تقديم الخدمات الصحية، وقد يتسببون في إشاعة شعور بالغضب لدى الممرضين الأساسيين بالمؤسسة، لأن طاقم العمل الإضافي غالباً ما يحصل على ضعفين أو ثلاثة أضعاف مرتب طاقم العمل الأساسي.

ولم يتم إثبات مساهمة طاقم العمل الإضافي في تقليل جودة خدمات الرعاية الصحية، وذلك وفقا لدراسة قامت بتحليل الأحداث العكسية التي حدثت في مستشفيات بنسلفانيا (Aiken, Xue, Clarke, & Sloane, 2007). ولكن تم إثبات الآثار السلبية المترتبة عن العجز في إعداد الممرضين بالمؤسسة، وذلك على عكس استخدام طاقم عمل إضافي.

وتعد مهمة التأكد من تواجد الأعداد المناسبة من طاقم العمل لتلبية احتياجات المرضى، وتناسب جداول العمل احتياجات طاقم العمل مهمة صعبة وضرورية. وهذه المهمة ضرورية من أجل تحقيق نتائج إيجابية وفعالة وآمنة وبتكاليف منخفضة.

الخلاصة:

١. الغرض من الجدولة وإدارة أعداد طاقم العمل هو تقديم التوليفات المناسبة من الممرضين، والتي تتلاءم مع احتياجات المرضى.

٢. حددت اللجنة المشتركة وجمعية الممرضين الأمريكيين متطلبات طاقم العمل التي يجب على المؤسسات تحقيقها، وأكدت اللجنة المشتركة على ضرورة توفير عدد الممرضين المناسب لتلبية احتياجات المرضى. وهذا العدد يجب أن يبنى على أساس معايير تحددها المؤسسة.

٣. تستخدم أنظمة تصنيف المرضى تحليل احتياجات المرضى من أجل تحديد متطلبات التوظيف وحجم ضغط العمل الناتج عن هذه الاحتياجات.

٤. تهدف عملية الجدولة إلى توزيع المهام على طاقم العمل المتوافر بطريقة تلبي احتياجات المرضى.

٥. تتزايد أهمية الجداول المبتكرة والمرنة بالمؤسسات.

٦. تعد الجدولة الذاتية والورديات المفتوحة إحدى الطرق التي تشرك طاقم العمل في تصميم جداول العمل، وتحميلهم مسؤولية عدم التغيب عن وردياتهم.

٧. تحسن الجدولة الآلية من نتائج الرعاية الصحية ومن إدارة الموارد المالية.

أدوات إدارة طاقم العمل والجدولة

١. تعرف على نظام تصنيفات المرضى، ووحدة المرض، والأنظمة الآلية التي تستخدمها المؤسسة.

٢. حدد ساعات الرعاية التمريضية المطلوبة.

٣. حدد وحدات معادلة الدوام الكامل.

٤. صمم أو عدل الجدول المناسب الذي يتلاءم مع احتياجات المرضى.

٥. احصل على طاقم عمل إضافي، إذا كان هناك حاجة لذلك.

٦. اتبع نظام إدارة العمل والجدولة الذاتية إذا كان ذلك مناسباً.

التقويم :

١ . هل قمت من قبل بإدارة طاقم العمل؟ ما الطرق التي استخدمتها لإدارة طاقم العمل؟ هل كان هذا ملائمًا؟ هل احتجت إلى طاقم عمل إضافي؟ فسر.

٢ . استخدم معادلات معادل الدوام الكامل في تحديد احتياجات طاقم العمل لديك. هل تمكنت من حساب عدد وحدات معادل الدوام المطلوب؟ احسب عدد ساعات العمل المطلوبة وفقًا لنظام الورديات الممتدة إلى ٨ و ١٢ ساعة؟

٣. عادة ما يزيد عدد الموظفين عن الحجم الذي تحتاجه المؤسسة. كمدير تمريض، كيف ستتعامل مع هذه المشكلة؟ كيف سيستجيب طاقم العمل لذلك؟

٤ . لا أحد يحب جدول عمله. كيف ستتعامل مع الممرض الذي يطلب باستمرار تغيير جدول عمله؟

المراجع

Aiken, L. H., Xue, Y., Clarke, S., & Sloane, D. M. (2007). Supplemental nurse staffing in hospitals and quality of care. *Journal of Nursing Administration, 37*(7/8), 335–342.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J., & Smith, H. L. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research, 45*(3), 904–921.

Bailyn, L., Collins, R., & Song, Y. (2007). Self-scheduling for hospital nurses: An attempt and its difficulties. *Journal of Nursing Management, 15*(1), 72–77.

Bantle, A. (2007). Automated workforce tracking keeps you flexible. *Nursing Management, 38*(9), 29.

Barton, N. S. (2011). Matching nurse staffing to demand. *Nursing Management, 42*(2), 37–39.

Cedar Community Hospital. (2011). Baylor weekend staffing program. Retrieved July 29, 2011 from http://www.cedarcommunity.org/opportunities_92_2341037709.pdf

Douglas, K. (2010). Digital dashboards and staffing: A perfect match. *American Nurse Today, 5*(5), 52–53.

Frith, K. H., Anderson, F., & Sewell, J. P. (2010). Assessing and selecting date for a nursing services dashboard. *Journal of Nursing Administration, 40*(1), 10–16.

Hickey, P., Gauvreau, K., Connor, J., Sporing, E., & Jenkins, K. (2010). The relationship of nurse staffing, skill mix, and Magnet recognition to institutional volume and mortality for congenital heart surgery. *Journal of Nursing Administration, 40*(5), 226–232.

Joint Commission. (2011) Comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook. Retrieved July 28, 2011 from http://www.jcrinc.com/Accreditation-Manuals/PCAH11/2130/

Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2011). Nurse staffing levels and teamwork: A cross-sectional study of

patient care units in acute care hospitals. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(1), 82–88.

Manojlovich, M. (2009). Seeking staffing solutions. *American Nurse Today, 4*(3), 25–27.

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., & Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine, 364*(11), 1037–1045.

Picard, B., & Warner, M. (2007). Demand management: A methodology for outcomes-driven staffing and patient flow management. *Nurse Leader, 5*(2), 30–34.

Schilling, P. L., Campbell, D. A., Englesbe, M. J., & Davis, M. M. (2010). A comparison of in-hospital mortality risk conferred by high hospital occupancy, differences in nurse staffing levels, weekend admission, and seasonal influenza. *Medical Care. 48*(3), 224–232.

St. Vincent's Hospital. (2011). Baylor staffing plan agreement. Retrieved July 28, 2011 from http://intranet.stv.org/documents/docmanager/nursingservices/display/formnumber8720_/87200350baylors/8720-0350BaylorStaffing-PlanAgreement.pdf

الفصل السابع عشر

تحفيز وتطوير فريق العمل

نموذج الأداء الوظيفي:

١. تحفيز الموظفين

٢. نظريات التحفيز

المهارات القيادية للمدير

تطوير وتنمية طاقم العمل

١. التوجيه

٢. التوجيه في أثناء أداء الوظيفة

٣. المعلم Preceptor

٤. الإرشاد

٥. التدريب (Coaching)

٦. برامج الممرضين المقيمين (Nurse Residency Programs)

٧. التطوير الوظيفي

تطوير القادة

التخطيط المتتابع (Succession Planning)

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. كيف يؤثر الحافز على أداء العمل؟

٢. كيف تفسر النظريات المختلفة أهمية الحافز؟

٣. كيف تساعد التوجيهات والوعظ والإرشادات الوظيفية في تحفيز طاقم العمل؟

٤. ما فوائد برامج الممرضين المقيمين، وإستراتيجيات التطوير الوظيفي، وبرامج تنمية القادة في تحفيز طاقم العمل؟

٥. تحديد أهمية التخطيط المتتابع للمستقبل؟

لطالما تساءل المديرون عن سبب أداء بعض الموظفين للمهام بشكل أفضل من الآخرين. فتحديد من يتولى مسؤولية مهام ما بدون الأخذ في الاعتبار اختلاف السلوكيات الفردية قد يؤدي إلى نتائج عكسية ومشكلات طويلة الأجل.

فكل موظف يختلف عن الآخر لأسباب متعددة. على المدير أن يسأل عن كيفية تأثير هذه الاختلافات على الأداء الوظيفي للشخص. ومن الأمثل أن يسأل المدير نفسه هذا السؤال عند اتخاذ قرارات التوظيف، وأثناء تقييم أداء الموظفين الجدد. ولكن في الواقع، يضع المدير كثيراً من الموظفين في مناصب دون أن يعلم ما قدراتهم أو اهتماماتهم. وغالباً ما يؤدي هذا إلى حدوث مشكلات في الأداء الوظيفي ينتج عنه خلافات بين المديرين والموظفين. وتوضح أدبيات الإدارة أن هناك بعدين رئيسين محددين للأداء الوظيفي هما: الحافز والقدرات (Hersey, Blanchard & Johnson, 2007).

نموذج الأداء الوظيفي

يهدر مدير التمريض كثيراً من الوقت ليصدر أحكاماً عن مدى تلاؤم الموظفين مع المهام الوظيفية وعوامل فاعلية أداء العمل. هذه الأحكام تتأثر بصفات المديرين والموظفين. مثلاً، تفسر بالقدرات والحدس والتطلعات، بالإضافة إلى العمر والتعليم والخلفية العائلية، فبعض الموظفين تكون هذه العوامل سببًا لتأديتهم المهام الوظيفية بشكل أفضل من الآخرين. وبناء على هذه العوامل، يوضح الجدول (١٧-١) النموذج الذي يعتبر الحافز والقدرات من محددات الأداء الوظيفي.

الجدول (١٧-١). نموذج مبسط للأداء الوظيفي

الحافز	*والقدرات*	*= أداء الموظف*
التعويضات	المسؤوليات	الأداء الوظيفي اليومي
المزايا	التعليم – أساسي/ متقدم	الحضور
التوصيف الوظيفي	التعليم المستمر	دقة المواعيد
أسلوب القيادة	المهارات/ القدرات	الامتثال للسياسات والعمليات
التوظيف والاختيار		غياب الأخطاء والحوادث
احتياجات الموظف/ الأهداف/ القدرات		الصدق والأمانة

هذا النموذج يحدد ٦ تصنيفات للأداء، مرتبة حسب الأهمية وهي:

١. الأداء الوظيفي اليومي.
٢. الحضور.
٣. دقة المواعيد.
٤. الامتثال للسياسات والعمليات.
٥. غياب الحوادث والأخطاء.
٦. الصدق والأمانة.

وبالرغم من معرفة مفاهيم هذه التصنيفات، إلا أن تعريف كل منها على حدة يعزز من أهميتهم. وعند تطبيق هذا النموذج يجب الأخذ في الاعتبار بعدة عوامل. أولاً، يجب أن تصمم وتنشر مؤسسات الرعاية الصحية توصيفات واضحة لأداء العمل اليومي، وذلك حتى تستطيع تحديد وتسجيل الانحرافات والتباينات عن السلوكيات المتوقعة. ثانيًا، بعض السلوكيات التي تعد غير مقبولة في أحد الأقسام قد تقبل في أقسام أخرى. أخيرًا، بعض السلوكيات تصبح غير مقبولة فقط إذا تم تكرارها (مثل التأخر عن العمل)، بينما البعض الآخر من السلوكيات تكون غير مقبولة فور وقوعها مرة واحدة (مثل حدوث خطأ طبي أدى إلى مشاكل خطيرة).

تحفيز الموظفين

الحافز: يصف العوامل التي تنشئ وتوجه سلوكاً ما، وتختلف أنواع وقوة المحفزات من موظف لآخر ، وذلك لأن لكل فرد احتياجات وأهدافاً مختلفة. يفضل مديرو التمريض الموظفين

المتحفزين لأنهم يبحثون عن أفضل طريقة لتأدية وظائفهم. وغالباً ما يكون الموظفون المتحفزون أكثر إنتاجية من الموظفين غير المتحفزين. ويعد هذا أحد الأسباب التي تجعل من الحافز أداة ضرورية لتعزيز الأداء الوظيفي.

نظريات التحفيز

وقد اهتمت نظريات التحفيز قديماً بثلاثة أشياء فقط وهي:

١. ما الذي يغير أو يعزز من السلوك الإنساني.
٢. ما الذي يوجه السلوك نحو إنجاز بعض الأهداف.
٣. كيف يتم الحفاظ على هذا السلوك مع الوقت.

ويتوقف النفع العائد من نظريات التحفيز على مدى قدرتها في تفسير الحافز، والمساعدة في التنبؤ بأفعال الأفراد، واقتراح أساليب عملية للتأثير على الموظفين، وهو ما يجعلهم راغبين في تحقيق أهداف منظمتهم. وتنقسم نظريات التحفيز إلى مجموعتين هما: نظريات الرضا، والنظريات العملية.

نظريات الإرضاء Content Theories

تهتم **نظريات الإرضاء** باحتياجات الأفراد أو المكافآت التي ترضي هذه الاحتياجات. هناك نوعان من نظريات الإرضاء وهي: الغريزة والحاجة. وتصف النظريات الغريزية الغرائز الإنسانية بأنها الميول الموروثة والمتأصلة التي تحث الإنسان على التصرف بطرق معينة. وقد تمت مهاجمة هذه النظريات بسبب صعوبة تحديد الحوافز السلوكية الإنسانية، وعدم القدرة على تعريف درجات اختلاف الغرائز من شخص لآخر. بالإضافة لذلك، أيدت التطورات التي حدثت على نظريات الحاجة مفهوم أن الحوافز ما هي إلا سلوكيات يمكن تعليمها.

النظريات العملية Process Theories

بينما حاولت نظريات الإرضاء أن تفسر لماذا يتصرف شخص ما بطريقة معينة، فإن **النظريات العملية** تهتم بكيفية قيام عملية التحفيز بتوجيه جهود الشخص إلى أداء مهمة ما. وقد أضافت هذه النظريات بعدًا جديدًا في فهم المديرين لطبيعة الحوافز، كما ساعدتهم على التنبؤ

بتصرفات الأفراد في ظل ظروف معينة. وتعد نظرية التعزيز، ونظرية التوقع، ونظرية المساواة، ونظرية تحديد الأهداف من بعض أمثلة النظريات العملية.

ونظرية التعزيز، التي تعرف أيضًا باسم **التعديل السلوكي**، تعتبر الحافز أمراً يمكن تعلمه (Skinner، 1953). فوفقاً لهذه النظرية يتعلم شخص ما تصرفاً أو سلوكاً معيناً من خلال عملية تسمى **الإشراط الاستثابي (Operant conditioning)**، حيث يرتبط السلوك بأثر ما، فوفقًا للإشراط الاستثابي يتم تعلم الاستجابات ، حيث تتصل الاستجابة بالأثر ويصبح هذا التواصل قويًا مع مرور الوقت.

قد يكون الأثر إيجابيا، مثل الإثابة أو المدح أو التقدير، وقد يكون سلبيا. وتستخدم المعززات الإيجابية من أجل زيادة تصرف أو سلوك مرغوب فيه.

كايل يعمل كممرض، وقد خطرت بباله فكره جديدة لإعادة تصميم طريقة سير العمل بالوحدة التي يعمل بها. وقد دعم مدير كايل فكرته المبدعة وساعده في تطبيقها. بالإضافة لذلك، امتدح المدير جهود كايل وأشاد به أمام الجميع. زادت شجاعة كايل وبدأ التفكير في حلول أخرى تعمل على تحسين طريقة سير العمل.

أما المعززات السلبية فتستخدم من أجل منع سلوكيات غير مرغوب فيها. ويعد العقاب إحدى أكثر وسائل المعززات السلبية انتشارًا في الاستخدام.

حتى تقوم روز بإعداد تقاريرها بشكل صحيح، طلب المدير من روز أن تأتي إلى مكتبه يومياً من أجل أن تريه تقارير المرضى ويراجعاها سويًا. وكان من المفترض أن تستمر روز هكذا حتى تصبح تقاريرها مقبولة إلى حد كافٍ. تعتقد روز أن هذا الإجراء مهين ومزعج. ونتيجة لذلك أصبحت روز تعد تقاريرها بطريقة مقبولة.

ولأن العقاب يؤثر سلبيا على الشخصية، فإن الموظفين قد يفشلون في تحسين أدائهم، وقد يتحاشون مديرهم ووظيفتهم كرد فعل لهذا العقاب. غالباً ما تستمر آثار العقاب لفترة مؤقتة. وقد يمنع السلوك غير المرغوب فيه بمجرد مراقبه المدير لطريقة سير الأمور، وكذلك إذا هدد المدير باتخاذ إجراءات عقابية. وعلى العكس، فإن المعززات الإيجابية هي أفضل طريقة لتغيير السلوك.

وتعد الإزاحة إحدى التقنيات التي تمنع حدوث السلوك السلبي. بمجرد إزاحة المعززات الإيجابية فإن السلوكيات السلبية تتوقف.

جاسمين شخصية كثيرة الشكوى. من أجل أن يوقف المدير هذا السلوك أصبح يتجاهل شكواها، وتعمد عدم البحث عن حلول لشكواها. في البداية، زادت جاسمين من شكواها، ولكن بمجرد أن أدركت أن هذا السلوك لا يأتي بأي نتيجة توقفت عن القيام به.

ومن مشكلات الإشراط الاستثابي أنّه لا يقدم وسيلة مضمونة لاختيار السلوكيات المرغوب فيها من أجل تعزيزها. بالإضافة لذلك، قد تختلف نظرة المديرين والموظفين للأثر.

ثاد، موظف جديد. قام ثاد بتصميم مسارات حرجة للمرضى الذين تحت مسؤوليته، ونتيجة لذلك أشاد المدير بعمل ثاد أمام الجميع، ولكن زملاء ثاد بدأوا بعزله وتجاهله. بالرغم من أن المدير حاول استخدام معززات إيجابية، إلا أن ثاد توقف عن تصميم المسارات الحرجة، لأنه شعر أن المدير كان السبب في إبعاد زملائه عنه.

ويمكن اتباع أسلوب التشكيل. والتشكيل عبارة عن اختيار سلوكيات معينة تقترب إلى حد كبير من السلوكيات المرغوب فيها من أجل تعزيزها. وعندما يلاحظ الأفراد أن المكافآت مشروطة بالقيام بسلوكيات معينة، سيغيرون من سلوكياتهم.

ويعمل التعديل السلوكي بشكل جيد عندما ينظر الموظفون للمكافآت على أنها معززات إيجابية ، وعلى هذا الأساس يجب على المشرف أن يسيطر على هذه المكافآت أو يجعلها مشروطة بالأداء. هذا لا يعني أن جميع المكافآت تعطي نفس النتيجة، أو أن تستمر نتائجها لوقت طويل. فإذا تم مدح الشخص أربع أو خمس مرات يومياً، فإن أسلوب المدح لن يؤثر فيه بعد ذلك، فلن يصبح هذا الأسلوب أحد المعززات الإيجابية التي ستؤثر في هذا الشخص فيما بعد. يجب الانتباه من ألا يزيد استخدام الأثر الإيجابي أكثر من اللازم.

و**نظرية التوقع** مثلها مثل نظرية التعزيز، فهي تهتم بأثر المكافآت وعلاقتها بأداء السلوكيات المرغوب فيها (Vroom, 1964). وترى نظرية التوقع أن الأشخاص يستجيبون عمدًا للبيئة المحيطة بهم.

قامت اندريا باستخدام نظرية التوقع من أجل تشجيع الممرضين على استخدام مهارات التفويض داخل الوحدة التي تعمل بها. وعلمت اندريا أن الممرضين يرغبون في أن يفوضوا بعض المهمات للمساعدين، ولكن المشكلة تكمن في أنهم يخشون من المساءلة التي قد تترتب عن حدوث خطأ ما في المهمات المفوضة. بمجرد أن استطاعت اندريا تحليل المشكلة قامت بتوضيح أهمية التفويض، وأزالت خوف الممرضين من المساءلة، وبهذا زادت رغبة الممرضين في تفويض المهام التي يمكن أن يقوم بها المساعدون من أجل أن يركزوا على أداء مسؤولياتهم الوظيفية.

وتضع نظرية التوقع أكثر من نتيجة لاستخدام حافز ما. ومن أمثلة ذلك حافز الترقية إلى مدير تمريض. بالرغم من أن الممرضين قد ينظرون إلى الترقية على أنها شيء إيجابي، ومكافأة جيدة كمقابل للمجهود الذي يبذلونه في رعاية المرضى، إلا أنهم قد يرون أيضًا أن الترقية قد يترتب عليها نتائج سلبية (مثل العمل لساعات متأخرة، وخسارة علاقات الود التي كانت بين الممرض وزملائه). هذه النتائج قد تؤثر على قرار الممرض.

أما **نظرية المساواة** فتقترح أن الأفراد لديهم تصورات بشأن المكافآت التي يحصلون عليها مقابل مساهمتهم في أداء الوظيفة، وهذه التصورات مبنية على المساواة بين المكافأة التي يحصل عليها الفرد، وما يحصل عليه فرد آخر بسبب قيامه بنفس القدر من المساهمة. والمقصود بمساهمة أداء الوظيفة في هذه النظرية هي: القدرات، والتعليم، والخبرة، والمجهود، أما المكافآت فالمقصود بها : الرضا الوظيفي، والمرتب، والمكانة، وأي نتائج أخرى يعتبرها الموظف ذات أهمية (Adams, 1963, 1965).

على عكس نظرية التوقع ونظرية المساواة ، فإن **نظرية الأهداف** ترى أن المكافآت والنتائج على الأداء ليست هي التي تحفز الأشخاص، بل الذي يحفزهم هو الهدف نفسه (Locke, 1968).

تيموثي ، ممرض جديد بإحدى برامج رعاية المسنين في المنزل. من أهم المهارات التي يجب على الممرض القيام بها لرعاية المرضى المصابين بأمراض خطيرة هي العلاج عن طريق التواصل. أدرك تيموثي ومديره أن تيموثي يحتاج مساعدة لتحسين مهاراته في التواصل مع المرضى وذويهم. طلب مدير تيموثي أن يحدد لنفسه هدفين متعلقين بتحسين مهاراته التواصلية. عبر تيموثي عن رغبته في حضور ورشة عمل عن التواصل، وفي تعلم وتطبيق تقنية تواصل واحدة على الأقل كل أسبوع. في خلال شهر تحسنت مهارات تيموثي التواصلية، ونتيجة لذلك أصبح تيموثي أكثر رضا عن منصبه، وحصل المرضى على رعاية أفضل، وبدأ تيموثي يرى النتائج الإيجابية لعمله.

كل نظرية من نظريات الحافز تضيف شيئًا جديدًا في فهمنا وإدراكنا للتأثير على الموظفين وتحفيزهم.

المهارات القيادية للمدير

يقدم المدير مثالاً لموظفيه في أداء مهام عملهم، حيث يعظم من الخصال القيادية التي تعكس قيم ورؤية ومهمة المؤسسة، كما يلعب دورًا مهمًا لتعزيز رضا الموظفين بوظيفتهم، ويحثهم على الإبقاء على وظائفهم (Failla & Stichler, 2008). بالإضافة لذلك، قد ينشىء المدير الظروف التي تحفز الموظفين على العمل (Doucette, 2009)، ويقدم الفرص والتشجيع اللازم لتنمية قدرات موظفيه (Urquhart, 2009).

تطوير وتنمية طاقم العمل

التوجيه

من الضروري جدًا وضع الموظف في بداية الطريق الصحيح لأداء عمله. وتقلل التوجيهات المرتبة جيدًا من توتر الموظفين الجدد في بداية عملهم. بالإضافة لذلك، فإن دمج الموظف الجديد بين الموظفين القدامى يساهم في زيادة كفاءة عمل الوحدة، بسبب تقليل عدم الرضا الوظيفي ونسب الغياب والاستقالات (انظر الفصل العشرين).

ويعد التوجيه مسؤولية مشتركة بين مدير التمريض وموظفي تنمية طاقم العمل بالمؤسسة. في أغلب المؤسسات يكون على الموظفين الجدد أن يحضروا برنامجًا توجيهيا عن طبيعة العمل، وعلى مدير التمريض(أو شخص آخر يتحمل هذه المسؤولية) أن يقدم توجيها عمليا للجدد. يجب على موظفي تنمية طاقم العمل، وموظفي الوحدة أن يعرفوا دورهم ومسؤوليتهم في توجيه الجدد، وألا يتركوا هذه المسؤولية للحظ.، وعلى موظفي تنمية طاقم العمل أن يقدموا معلومات عن طبيعة عمل المؤسسة، وتعريف الجدد على الموظفين، وإخبارهم بمزايا العمل ومهمة وسياسات وإجراءات المؤسسة ومتطلبات الجودة والأمان والسيطرة على العدوى التي نصت عليها المؤسسة، وتعريفهم على معدات العمل. وعلى مدير التمريض أن يركز على الأمور التي تقع ضمن نطاق التخصص الوظيفي للموظف الجديد.

غالباً ما يكون لطاقم العمل الجديد طموحات وتوقعات غير واقعية عن المسؤوليات والتحديات التي سيواجهونها في وظيفتهم. وبناء على ذلك، عندما يوكل إلى هؤلاء الموظفين مهام عمل بسيطة غير تلك التي توقعوها يصابون بالإحباط ، وكنتيجة لذلك سيزيد عدم رضائهم الوظيفي، وتنخفض إنتاجيتهم، وقد يستقيلون من العمل.

لذا من مهام التوجيه أنه يصحح التوقعات غير الواقعية التي يحلم بها الموظفون الجدد. على مدير التمريض أن يحدد المهام المطلوبة من الجدد. وهذا العرض الواقعي للمهام الوظيفية سيمنع الإصابة بالإحباط، أو ترك العمل المبكر، أو حتى ترك مهنة التمريض.

قد يكون دمج الجدد مع الموظفين القدامى وطبيعة العمل أمراً صعباً بسبب قلق وتوتر الجدد في أول يوم يحضرون فيه إلى العمل. غالباً لن يسمع الجدد كل المعلومات التي تقال لهم في هذا اليوم. ويهدر الجدد طاقة كبيرة على تفسير وإكمال المعلومات التي تقال لهم، ومن ثم لن ينتبهوا لكل ما قد يقال لهم. ولهذا يجب تكرار هذه المعلومات في الأيام أو الأسابيع الأولى للعمل. يجب أن تكون هناك متابعة لأداء الجدد بشكل مستمر.

ترينا بريسكوت، ممرضة مسجلة انضمت جديدًا إلى وحدة سرطان الأطفال بأحد المستشفيات التعليمية الكبرى. حددت مديرة التمريض ليلى موعداً للغداء مع ترينا بعد مضي ثلاثين يومًا على توليها الوظيفة. دار نقاش هادئ بين ليلى وترينا حول الثلاثين يومًا التي قضتها ترينا بالمستشفى. عبرت ترينا عن استمتاعها بالعمل، ولكنها اشتكت من شعورها بعدم الراحة عندما تقوم بالحقن الوريدي للأطفال بدون مساعدة أحد. طلبت ليلى من إحدى الممرضات بالوحدة أن تدرب ترينا يوميا على طريقة القيام بالحقن الوريدي. وهذه الطريقة التي تقوم من خلالها ليلى بتحديد مواعيد للغداء بينها وبين الموظفين الجدد بعد مرور ثلاثين أوستين يومًا على بداية وظيفتهم أثبتت نجاحها في زيادة نسب بقاء الموظفين، وتعزيز التواصل بين ليلى وموظفيها.

التوجيه في أثناء أداء الوظيفة

من أساليب التعليم المتبعة في المؤسسات التوجيه في أثناء أداء الوظيفة. يعمل هذا الأسلوب عن طريق توكيل الموظفين الجدد في عهدة بعض الممرضين المتمرسين، أو المعلمين أو مديري

التمريض. من خلال هذا الأسلوب يتعلم الموظف الجديد طريقة أداء المهام الوظيفية من خلال متابعة ومشاهدة الموظفين المتمرسين وهم يؤدون عملهم، ثم يقوم الجديد بتنفيذ هذه المهام كما رآها ولكن تحت الإشراف.

وللتوجيه في أثناء أداء الوظيفة مميزات عديدة من أهمها أنه يوفر التكاليف، فالموظفون الجدد يتعلمون أداء الوظيفة بفاعلية، وبينما هم يتعلمون يقدمون أيضًا خدمات الرعاية. هذا الأسلوب أيضًا يقلل من الحاجة للمؤسسات التعليمية الخارجية والاعتماد على المعلمين من خارج المؤسسة. وحتميًا سيتم نقل معلومة لأنها تؤدي في أثناء القيام بمهام العمل اليومية. وبالرغم من هذه الفوائد، يعد من الشائع فشل هذا الأسلوب، لأنه لا يقدم ضمانًا لإعطاء المعلومات الدقيقة والمكتملة عن كيفية أداء العمل، أيضًا قد لا يعرف الشخص الذي يعلم مبادئ العملية التعليمية. ونتيجةً لذلك سيصبح عرض المعلومات والأداء والمتابعة غير فعالٍ.

ويقدم التوجيه في أثناء الوظيفة نتائج مهمة بالرغم من اعتقاد الموظفين الجدد والقدامى بأنه قد لا يكون أكثر فاعلية من التعليم التقليدي الذي يقدم رسميا في الفصول.

والمقترحات التالية تساعد في تقديم التوجيهات بشكل فعال وهي:

١. على الموظفين القدامى الذين يقومون بتعليم الجدد أن يتأكدوا من أن قيامهم بهذه المهمة لا يعني أن وظائفهم في خطر، وأنَ مستوياتهم الوظيفية ومرتباتهم ومناصبهم لن تتعرض لأي تغيير.

٢. على الموظفين القدامى الذي يقومون بتعليم الجدد أن يتأكدوا أن قيامهم بهذه المهمة سيعود عليهم بالنفع والمكافأة.

٣. من الأفضل أن تتألف فرق التعليم من أكثر من معلم ومتعلم، وذلك لتقليل أي اختلافات في الخلفية التعليمية أو الشخصية أو اللغة أو العمر أو السلوك، وهو ما يعزز من التواصل والتفاهم بين المعلمين والمتعلمين.

٤. اختر الموظفين الذين يقومون بالتعليم بناء على قدراتهم ورغبتهم في التعليم.

٥. يجب تعليم الموظفين القدامى الذين يقومون بمهمة التعليم الطرق والأساليب المناسبة لتقديم التوجيهات للموظفين الجدد.

٦. يجب جعل مهمة التعليم أمرًا رسميا، حتى لا يعتقد الممرضون أن التوجيه في أثناء الوظيفة أمر قد يحدث مصادفة، وغير مهم.

٧. يجب تدوير الموظفين الجدد على بقية الموظفين الذين يقدمون خدمات التوجيه والتعليم، حتى يكتسب الجدد مهارات متعددة.

٨. يجب التأكيد على الموظفين الذين يقدمون التوجيه أن هذه المهمة لا تعد مهربًا من مسؤوليات العمل الرئيسة، ولكنها تعد أمراً إضافياً على هذه المسؤوليات.

٩. قد تنخفض كفاءة أداء الوحدة في أثناء القيام بمهام التعليم والتوجيه للجدد.

١٠. يجب الإشراف على الموظفين الجدد حتى يمنعوا من القيام بأي عمل غير صحيح، أو تنفيذ مهمة ما بطريقة خاطئة.

المعلم Preceptor

يعد نموذج المعلم (preceptor model) أحد أساليب التوجيه التي تستخدم من أجل مساعدة الموظفين الجدد، ومكافأة الممرضين المتمرسين. ويقدم نموذج المعلم طريقة لتوجيه ودمج الموظفين الجدد في العمل كما يقدم وسيلة للإشادة بالممرضين الممتازين. يتم اختيار الممرضين في هذا النموذج على أساس الخبرة الإكلينيكية، والمهارات التنظيمية، والقدرة على إرشاد وتوجيه الآخرين.

والهدف الرئيس لهذا النموذج هو تعليم وتوجيه الممرضين الجدد بالوحدة. ويشمل النموذج وسائل لدمج الجدد في مناخ العمل عن طريق تعريفهم بعمليات ومهام الوحدة. ويقوم المعلم بتدريب وتعليم الموظفين الجدد كيفية أداء العمليات والمهام التي لا يعرفونها، ويساعدهم على اكتساب وتطوير مهاراتهم المهنية. ويعد المعلم مصدرًا للمعلومات التي تتعلق بعمليات الوحدة ومهامها وسياساتها. غالباً ما تستغرق فترة التعليم ثلاثة أسابيع، ولكنها تتوقف على الاحتياجات التعليمية للمرضين الجدد، أو تتحدد وفقاً لسياسات المؤسسة.

وغالباً ما يعتبر الممرضون الجدد معلميهم مجرد مستشارين في أمور العمل بالوحدة. ومن أهم أدوار المعلم أنه يعمل كمستشار للموظفين الجدد الذين يجدون فرقاً بين خلفيتهم التعليمية وتوقعاتهم، وحقيقة مهام عملهم بالوحدة، فالمعلمون يساعدون الموظفين على تخطي صدمتهم بالواقع.

ويعد المعلم أيضًا نموذجًا ومثالاً لزملائه في العمل فيما يتعلق بأداء مهام العمل، ووضع الأولويات، وحل المشكلات، واتخاذ القرارات، وإدارة الوقت، وتفويض المهام، والتفاعل مع الآخرين. بالإضافة لذلك، يقيم المعلم أداء الممرضين الجدد، ويقدم لهم التوجيه الشفهي أو المكتوب، لتشجيعهم على تنمية مهاراتهم.

أما مهمة موظفي تطوير طاقم العمل فتتمثل في تعليم الممرض المتمرس كيف يكون معلمًا، وتعريفه مبادئ التعليم والاحتياجات التعليمية، وكيفية تعليم المهارات الأساسية للآخرين، وكيفية وضع خطة تعليمية وتقييم الأهداف التعليمية وتقديم توجيهات رسمية وغير رسمية للمتعلمين.

الإرشاد

يعد الإرشاد إحدى إستراتيجيات الإبقاء على الموظفين. ويعتبر دور المرشد أهم وأكبر من دور المعلم في تنمية مهارات طاقم العمل. حيث يرتبط التعليم بمرحلة التوجيه الأولية لطاقم العمل الجديد، أما الإرشاد فيستمر لفترة أطول ويستثمر أكثر في الأشخاص. ويقترح استخدام الإرشاد كإحدى إستراتيجيات الإبقاء على المتخرجين الجدد (Butler & Felts, 2006).

المرشد هو شخص حكيم ومتمرس يقوم بإرشاد وتأييد وتعليم شخص أقل تمرسًا. غالباً ما يكون المرشدون كبارًا في السن، ويعملون بالدرجات الوظيفية العليا بالمؤسسة، ويكون لديهم القوة والرغبة لمشاركة خبراتهم مع الآخرين. ولهذا لا يشكل الموظفون الجدد خطرًا على مركز أو منصب المرشدين، فهم لا يستطيعون تخطيهم وظيفيا. ويختار المرشدون الأشخاص الذين يقومون بإرشادهم وفقا لـلأداء الجيد، والولاء تجاه المؤسسة والأشخاص، والتناسب في الخبرات الاجتماعية، والمظهر اللائق، وقدرتهم على إظهار امتيازهم ومهاراتهم.

وتتطور العلاقة بين المرشدين والذين يقومون بإرشادهم على مراحل. المرحلة الأولى غالباً ما تستغرق من ستة أشهر إلى سنة. وفي هذه المرحلة تكون العلاقة بينهم في بدايتها. في مرحلة الحصول على الإرشاد لا يتم نسبة العمل الذي يقوم به الشخص إلى ذاته بل يعتبر نتيجة مباشرة لإرشاد وتوجيهات ودعم المرشد للشخص. خلال هذه المرحلة يقي المرشد الشخص من التعرض للانتقاد على عمله.

مرحلة الانفصال قد تحدث خلال ستة أشهر أو سنتين بعد حدوث التغيير في العلاقة بين المرشد والشخص المتلقي للإرشاد، وغالباً ما تحدث بسبب انتقال الشخص المتلقي للإرشاد إلى

مؤسسة أو قسم جديد. قد تحدث مرحلة الانفصال إذا رفض المرشد أن يكون الشخص ندًا له في المؤسسة، أو إذا شابت العلاقة أي نوع من أنواع عدم الرضا. والمرحلة الأخيرة على مرحلة الصداقة الأبدية، والتي يتقبل خلالها المرشد الشخص الذي أرشده كند مساوٍ له في العمل غالباً ما تحدث هذه المرحلة بعد الانفصال. وتكتمل عملية الإرشاد بعد حدوث المرحلة الأخيرة.

التدريب (Coaching)

ويقترح أن يتم استخدام التدريب كأحد الأساليب لحل مشكلة عدم الرضا الوظيفي (Stedman & Nolan, 2007). ويساعد المدرب الموظفين على تخطي أو حل مشكلة أو صراع يسبب لهم عداءً وظيفياً. وغالباً ما يعمل المدربون كممرضين أو موظفين بقسم الموارد البشرية بالمؤسسة، ويكون لديهم الاستعداد لحل الصراعات داخل المؤسسة. قد يحدث الصراع بين المرضين أو بين ممرض ومريض، أو بين ممرض وطبيب. وفي مناخ يتصف بالسرية، يقوم المدرب بمساعدة طاقم العمل على التعرف على طبيعة المشكلة، وإيجاد بدائل لحل المشكلة (مثلاً، الانتقال إلى قسم آخر، أو تقديم الاستقالة، أو عدم فعل شيء)، واكتشاف أبعاد جديدة للمشكلة (مثل عدم تناسب التوقعات مع الواقع واختلاف قيم الشخص عن قيم المؤسسة)، اكتشاف صلات جديدة لحل المشكلة (مثل العمل مع الأصدقاء)، وتوضيح عيوب ترك العمل (مثل افتقاد المزايا الوظيفية، والبدء من الصفر، وترك أصدقاء العمل). ويعد الهدف من عملية التدريب هو تقليل نسب الاستقالة الناتجة عن مشكلات يمكن حلها.

برامج الممرضين المقيمين (Nurse Residency Programs)

تصمم برامج إقامة الممرضين من أجل مساعدة الممرضين المتخرجين حديثًا على أن يتأقلموا مع مناخ العمل وتستغرق هذه البرامج ١٢ أو ١٨ شهرًا. ويعد برنامج إقامة الممرضين المسجلين (Versant RN Residency Program™) أحد أمثلة برامج الإقامة، ويستغرق هذا البرنامج ١٨ شهرًا يكمل فيه الممرض المسجل تدريباً نفسياً وتعليمياً. ويتلقى الممرضون محاضرات وتوجيهات حول كيفية أداء العمليات التمريضية على أفضل ما يكون، كما يتلقون تعليماً على يد ممرضين آخرين يعلمونهم التفكير النقدي وكيفية أداء المهام التمريضية. بالإضافة لذلك، يشارك الممرضون المقيمون في مجموعات دعم نفسي لمشاركة الخبرات والمشاعر التي تنتابهم بشأن مهنة التمريض. وبينت الأبحاث أن نسب استقالة الممرضين الجدد بالمستشفيات التي تطبق برامج الإقامة قد انخفضت من ٣٥٪ إلى ٦٪ (Mcpeck, 2006).

وقد أكدت الدراسات على أن برامج الإقامة التي تستمر لمدة عام والتي تم تطبيقها في ١٢ مكان مختلف قد خفضت بفاعلية من نسبة ترك العمل (Williams *et al*., 2007) . وتتشارك المستشفيات مع كليات التمريض في تقديم كل برنامج أجريت عليه هذه الدراسة. والبرنامج الواحد يحتوي على منهج وإرشاد إكلينيكي يقدمه معلم، وشخص يقدم خدمات التنمية الوظيفية، وتوجيه تقليدي لطبيعة العمل في المؤسسة. وأكدت النتائج على أن نسبة ترك المتخرجين الجدد للعمل بهذه المواقع تقل بنسبة ١٢٪ عن متوسط أعداد المستقيلين على المستوى القومي.

وأظهرت تقارير أخرى عن برامج الإقامة التي تم تطبيقها في ٢٦ مكانا مختلفا أن نسبة الاستقالة انخفض بهذه الأماكن لتصل إلى ٥,٧٪ (Lynn, 2008). وتم تطبيق هذه البرامج لتشرك الممرضين الزملاء والمعلمين والمديرين في عملية التعليم (Goode *et al*., 2009). هذه البرامج التي تقلل من نسب الاستقالة تساهم في تحفيز الموظفين بشكل ناجح .

التطوير الوظيفي

ويعد برنامج التدرج الإكلينيكي (the clinical ladder program) من أمثلة إستراتيجية التطوير الوظيفي. وتستخدم هذه البرامج مجموعة مؤشرات أداء تستخدم لتطوير أداء الموظفين العاملين بالمؤسسة. والمكونات الرئيسة للبرنامج هي:

١. الترقية الأفقية.
٢. السُلَم الإكلينيكي.
٣. الاسترشاد الإكلينيكي.

ويكافئ محور الترقية الأفقية الممرضين الممتازين بدون ترقيتهم إلى مناصب إدارية. أما السلم الإكلينيكي فهو مبني على مبادئ بينر لتحويل المبتدئين إلى محترفين (Benner's (2000) novice-to-expert concepts) ويشتمل على الآتي:

١. المتدرب الإكلينيكي : وهو الممرض الجديد في المجال.
٢. الزميل الإكلينيكي: وهو شريك في تقديم خدمات الرعاية.
٣. المتلقي للإرشاد الإكلينيكي : وهو من يمتلك قدرات المعلم.

٤. القائد الإكلينيكي: هو من يمتلك مهارات القيادة.

٥. المتمرس الإكلينيكي: وهو الشخص الذي يدمج بين مهارات التعليم والبحث مع المهارات العملية.

من مميزات هذا النظام أن الممرضين الإكلينيكيين المتميزين سيظلون يعملون على خدمة المرضى، ويحصلون على مكافآت نتيجة لامتيازاتهم الإكلينيكية، وسيتحركون بين المستويات الخمسة السابقة بناء على رغباتهم وأهدافهم الشخصية و المهنية.

وتم تطبيق مثال آخر لبرامج التنمية الوظيفية في أحد المستشفيات الجاذبة، وهي مستشفى أطفال سنسيناتي (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) (Allen, Fiorini, & Dickey, 2010). وكان هدف البرنامج هو تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، وتقديم فرص عمل للممرضين المشتركين في البرنامج، وتعزيز الرضا الوظيفي ونسب الإبقاء على الموظفين بالمستشفى. وأوضح تقييم البرنامج أن هذه الأهداف قد تم الوصول إليها. وكشف التقييم أيضًا أن للبرنامج أثرًا إيجابيا على الوضع المالي للمؤسسة.

تطوير القادة

وتعد برامج تطوير وتنمية طاقم عمل المؤسسة إحدى الطرق الفعالة وغير المكلفة لبناء القيادات داخل المؤسسة. ومن مميزات هذه البرامج التعرف على مهارات وقدرات المرشحين، والإبقاء على الموظفين الممتازين باستخدام أساليب غير مكلفة، والتمكن من إعادة تصميم البرنامج ليتناسب مع احتياجات المؤسسة. في الواقع، يفشل كثير من الممرضين في القيادة وذلك ليس بسبب عدم قدرتهم على أداء الوظيفة، ولكن لأنهم ليس لديهم الأدوات والمهارات القيادية اللازمة.

قام أحد المستشفيات بتصميم برنامج تطوير القادة باستخدام مبادئ بينر لتحويل المبتدئين إلى محترفين (Benner, 2000) وذلك بغرض تحديد الاحتياجات التعليمية للموظفين بمختلف المستويات الوظيفية، مثلا وضع ٢٠٠ مستوى للممرضين المسؤولين، و٣٠٠ مستوى لمساعدي مديري التمريض، و٤٠٠ مستوى لمديري التمريض (Swearingen, 2009). كنتيجة لذلك، استطاعت المؤسسة تطوير مهارات المرشحين للترقيات بالمستويات الوظيفية العليا، كما تحسنت مستويات الإبقاء على الموظفين بهذه المؤسسة.

التخطيط المتتابع (Succession Planning)

بسبب انخفاض أعداد المرضين في سوق العمل وتقدمهم بالعمر، فإن التخطيط المتتابع يعد أمرًا ضروريا بكل المستويات الإدارية التمريضية، من أجل ضمان الانتقال السلس بالمستويات الإدارية بعد رحيل أو خروج المديرين على المعاش (Ponti, 2009). والتخطيط المتتابع هو نوع من أنواع العمليات الإستراتيجية الناتجة عن تطور المهارات القيادية. وتشمل عملية التخطيط المتتابع تحديد المتطلبات والمهارات اللازمة لشغل كل مستوى إداري، والتعرف على كل المرشحين للترقي، وتقديم فرص التطوير والتنمية لهؤلاء المرشحين.

قامت إحدى المؤسسات بإنشاء برنامج تدريب إداري للممرضين بغرض إعداد الممرضين المحتملين لتولي مناصب بالمستويات الإدارية المنخفضة لعملية القيادة (Wander, Olson-Sitki, & Prater, 2009). وساهم البرنامج المستغرق عاماً واحداً في إعداد عدد كبير من الممرضين لشغل مناصب إدارية. وتم جني ثمار هذا البرنامج وتعويض تكلفته على المدى الطويل بعد أن تولى أحد الممرضين المستفيدين من هذا البرنامج بالترقي إلى منصب إداري.

لا توجد طريقة واحدة لتحفيز الموظفين. على المديرين والمؤسسة أن يستخدموا أدوات مختلفة لتحفيز ومكافأة وإرضاء الموظفين. وتعد زيادة الإنتاجية وجودة خدمات الرعاية الصحية، والرضا الوظيفي، ومستويات الإبقاء على الموظفين إحدى نتائج استخدام أدوات التحفيز المناسبة.

توضح دراسة الحالة (١٧-١) كيفية قيام مديرة تمريض ما بتحفيز طاقم العمل.

دراسة الحالة (١٧-١). تحفيز طاقم العمل .

جايمي ايدجار مديرة تمريض بإحدى العيادات الخارجية للصحة العقلية التابعة لمنظمة حكومية كبيرة. يشتمل طاقم عملها على ممرضين، وعمال، ومرشدين اجتماعيين مرخصين، ومساعدين مرخصين متخصصين في مجال الصحة العقلية. انخفض إنفاق المنظمة على قسم الصحة النفسية التي تعمل به جايمي. وكان من الصعب على جايمي أن تقرر أياً من الموظفين يجب أن يزيد مرتبه، وأيهم لن يحصل على الزيادة. بالإضافة لهذه المشكلات تعاني جايني من انخفاض أعداد الممرضين المؤهلين لتقديم خدمات رعاية نفسية، كما يوجد بالعيادة منصبان شاغران لممرضين وهي لن تستطيع أن توظف ممرضين جدداً بسبب انخفاض المرتب الذي من المفترض أن يحصل عليه من سيعمل في هذه الوظيفة والميزانية.

ولهذا قررت جايمي تقديم ٤٪ زيادة بمرتبات الممرضين بنسبة ٣٪ زيادة في مرتبات المرشدين الاجتماعيين المرخصين. ولكن العمال والمساعدين المتخصصين لن يحصلوا على زيادة هذا العام. غضب العمال والمساعدون المتخصصون عندما علموا أنهم لن يحصلوا على زيادة بالمرتب هذا العام، فقد عبر كيفين ادامز المساعد المتخصص في الرعاية العقلية وشارلوت دبوا المساعدة الإدارية عن إحباطهما نتيجة لعدم المساواة في زيادة المرتبات. ولوحظ تأخر كيفين عن موعد عمله عشر دقائق يوميًا، كما أصبح كيفين يطيل في فترة راحة الغداء التي يحصل عليها. وانخفضت جودة عمل شارلوت، ولوحظ أنها تهدر كثيراً *من وقت العمل في إجراء مكالمات هاتفية شخصية*.

خشيت جايمي من أن يستمر سلوك شارلوت وكيفين السلبي في التأثير على عملهما وعلى بقية طاقم العمل. وبدأت جايمي بالثناء على عملي شارلوت وكيفين، ولكن بعد تكرار ذلك لمدة ثلاثة أسابيع وجدت أن هذا الأسلوب لا يجدي ولا يضيف شيئا على عملهم. قامت جايمي بعد ذلك بالحديث مع كلا الموظفين على حدة للتعرف على توقعاتهما عن العمل والأداء ولكن لم يحدث أي تغير أو تحسن في أدائهم. بعد أن حصلت جايمي على أموال إضافية في نهاية السنة المالية قامت جايمي بتخصيص ٨٠٠$ لتدريب المساعدين المتخصصين والعمال. طلبت جايمي لقاء شارلوت وكيفين وموظفين آخرين من أجل التعرف على رأيهم حول المهارات التي يحتاجون إلى التدرب عليها. اتفق الفريق على رغبتهم في التدرب على مهارات إدارة الوقت. ثم قام الفريق بالبحث عن برامج تدريب مهارات إدارة الوقت ملاحظين تكاليف كل منهم وقد وجدوا أن التكاليف أكبر من أن يستطيعوا تحملها. طلبت جايمي من الفريق أن يفكر في حلول بديلة عن الحصول على مقررات وبرامج تدريبية لإدارة الوقت وعرضت عليهم مكافأة لمن سيبتكر فكرة جديدة.

في الاجتماع التالي عرض كيفين عدداً من الأقراص المدمجة التي يمكن استخدامها في تعليم طاقم العمل إدارة الوقت، كما عرض كيفين أفضل برنامجين مسجلين على أقراص مدمجة يمكن شراؤهما وبين تكلفتهما. أما شارلوت فقد اقترحت شراء أدوات إدارة الوقت مثل أجندة أو مخطط الكتروني للوقت لهؤلاء الذين لا يستطيعون إدارة وقتهم. وقالت شارلوت أن سعر الأجندة الواحدة هو ١٢$. اتفقت المجموعة على أن أفضل فكرتين تم تقديمهما كانت أفكار كيفين وشارلوت، فهاتان الفكرتان لم تتعديا الحد الأقصى للتكلفة وهو ٨٠٠$.

كان شارلوت وكيفين المسؤولين عن تنفيذ أفكارهما لمساعدة المحتاجين لمهارات إدارة الوقت على تنظيم وقتهم. بالرغم من انه لم يتم زيادة مرتبات شارلوت وكيفين إلا أن جايمي تمكنت من جعلهما يقضيان مزيداً من الوقت لتدريب بقية طاقم العمل. استمرت جايمي في الإثناء على عمل شارلوت وكيفين. تمكن كيفين من الحضور مبكرًا يوميًا، كما أصبح ينهي فترات راحته في الوقت المحدد لها، كما قللت شارلوت من الوقت الذي كانت تهدره في إجراء المكالمات الشخصية.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن الآتي:

١. التعرف على أهمية الحافز وكيفية تأثيره على الأداء الوظيفي للموظفين.

٢. استخدام المحفزات في تحسين الأداء الوظيفي لطاقم العمل.

٣. استخدام أساليب مبدعة لتحفيز الطاقم عندما تفشل الطرق التقليدية للتحفيز أو عندما لا يسمح باستخدام بعض المحفزات مثل زيادة المرتبات.

٤. تمكين طاقم العمل من ابتكار وسائل جديدة لتحسين الأداء الوظيفي.

الخلاصة :

١. الأداء الوظيفي مبني على الحافز والقدرات.

٢. تشرح نظريات الحافز (نظرية التعزيز ونظرية التوقع ونظرية المساواة ونظرية تحديد الأهداف) العوامل التي تغير وتوجه السلوك.

٣. المدير هو مثال ونموذج لبقية طاقم العمل.

٤. من أمثله برامج تطوير طاقم العمل: التوجيه، والتعليم، والتوجيه في أثناء الأداء بالوظيفة.

٥. يمكن أن تساهم برامج إقامة الممرضين، والتطوير الوظيفي، وتطوير القادة في تحفيز طاقم العمل.

٦. يعد التخطيط المتتابع عملية إستراتيجية لتطوير مستقبل الممرضين.

أدوات تحفيز وتنمية طاقم العمل:

١. تفهم أن الأداء الوظيفي للموظف يتوقف على قدرته على أداء الوظيفة، وعلى الحافز.

٢. التعرف على النظريات المختلفة للحافز وكيفية الحصول على معلومات للمساعدة في تحفيز الآخرين.

٣. الانتباه لإمكانية أن تصبح نموذجاً لبقية طاقم العمل بغض النظر عن المنصب الرسمي الذي تعمل به.

٤. التعرف على المهارات المطلوبة لتقلد مناصب معينة، وتحديد أنسب المرشحين لهذه المناصب.

٥. الاهتمام بالتطوير الوظيفي لكل المستويات والمناصب.

التقويم :

١. ما نظرية الحافز التي تفضلها وتراها مناسبة لتحسين عملية التعليم؟ ولماذا؟

٢. إذا كنت مدير تمريض جديداً:

- كيف ستكتشف الحوافز التي يفضلها طاقم عملك؟
- كيف ستستخدم موارد المؤسسة لتحفيز طاقم عملك؟
- ما برامج التطوير الوظيفي التي تقدمها مؤسستك أو مجتمعك؟

• كيف ستتيح موارد وبرامج التطوير لموظفيك؟

٣. ما النصائح التي قد تقدمها لمدير تمريض تعين حديثًا بإحدى المؤسسات من أجل تحفيز طاقم عمله؟ هل رأيت نماذج تحفيز معينة في مؤسستك؟ فِسر.

المراجع

Adams, J. S. (1963). Toward an understanding of inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67*, 422.

Adams, J. S. (1965). Injustice in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 2). New York: Academic Press.

Allen, S. R., Fiorini, P., & Dickey, M. (2010). A streamlined clinical advancement program improves RN participation and retention. *Journal of Nursing Administration, 40*(7/8), 316–322.

Benner, P. (2000). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice.* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Butler, M. R. & Felts, J. (2007). Tool kit for the staff mentor: Strategies for improving retention. *Journal of Continuing Education in Nursing, 37*(5), 210–213.

Doucette, J. N. (2009). Create a great work culture. *American Nurse Today, 4*(6), 13–14.

Failla, K. R., & Stichler, J. F. (2008). Manager and staff perceptions of the manager's leadership style. *Journal of Nursing Administration, 38*(11), 480–487.

Goode, C. J., Lynn, M. R., Krsek, C., & Bednash, G. D. (2009). Nurse residency programs: An essential requirement for nursing. *Nursing Economics, 27*(3), 142–159.

Hersey, P., Blanchard, K. H., & Johnson, D. E. (2007). *Management of organizational behavior* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Locke, E. A. (1968). Toward a theory of task motives and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance, 3*, 157.

Lynn, M. R. (2008). *UHC/AACN nurse residency programs.* Paper presented at the University Health-System Consortium Performance Excellence Forum, Dallas, TX.

McPeck, P. (2006). Residencies ease new grads into practice. *NurseWeek*, September 11, 2006. Retrieved January 2008 from http://www.versant.org/item.asp?id=70

Ponti, M. D. (2009). Transition from leadership development to succession management. *Nursing Administration Quarterly, 33*(2), 125–141.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* New York: Free Press.

Stedman, M. E., & Nolan, T. L. (2007). Coaching: A different approach to the nursing dilemma. *Nursing Administration Quarterly, 31*(1), 43–49.

Swearingen, S. (2009). A journey to leadership: Designing a nursing leadership development program. *Journal of Continuing Education in Nursing, 40*(3), 107–112.

Urquhart, C. (2009). How to motivate your staff. *American Nurse Today, 4*(7), 27–28.

Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation.* New York: Wiley.

Wendler, M. C., Olson-Sitki, K., & Prater, M. (2009). Succession planning for RNs. *Journal of Nursing Administration, 39*(7/8), 326–333.

Williams, C. A., Goode, C. J., Krsek, C., Bednash, G. D., & Lynn, M. R. (2007). Postbaccalaureate nurse residency 1-year option. *Journal of Nursing Administration, 37*(7/8), 357–365.

الفصل الثامن عشر

تقييم أداء طاقم العمل

تقييم الأداء:

١. أنظمة التقييم
٢. دليل الأداء
٣. تقييم كفاءة ومهارة الموظف
٤. تشخيص مشكلات الأداء
٥. مقابلة تقييم الأداء

مشكلات التقييم :

١. خطأ التساهل
٢. خطأ الحداثة
٣. خطأ الهالة المحيطة
٤. معايير التقييم المبهمة
٥. مشكلة التعليقات المكتوبة

تحسين دقة التقييم:

١. قدرات المقيّم
٢. حافز المقيّم

قواعد رئيسة:

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. تحديد أساليب تقييم أداء طاقم العمل.

٢. الأساليب المختلفة لتقييم الأداء.

٣. المشكلات التي قد تحول دون تقييم الأداء.

٤. كيفية استخدام حوادث مهمة لتحسين التقييمات السنوية.

٥. كيفية القيام بمقابلة شخصية لتقييم الأداء.

تهدف عمليات تقييم الأداء إلى دعم خطوات تطوير الأداء التمريضي (Schoessler *et al.*, 2008). ويتمكن المدير والموظف من تحديد النقاط التي يجب تطويرها وتنميتها في الأداء عندما تتم مقارنة الأداء السابق بمعايير موضوعة مسبقًا. وترتبط سلوكيات الأداء بمهمات العمل ويجب القيام بهذه السلوكيات من أجل تحقيق الأهداف الوظيفية (Topjian, Buck & Kozlowski, 2009).

تقييم الأداء

الغرض الرئيس من تقييمات الأداء هو توجيه نقد وإرشاد بناء، فأنظمة التقييم الجيدة تضمن تعريف الموظفين بالمهام التي يتوقع أن يقوموا بها وإلى أي مدى ينفذ الموظفون هذه المهام كما هو متوقع أن يقوموا بها. وتعد تقييمات الأداء إحدى الأدوات التي يمكن استخدامها في تطوير طاقم العمل، كما تقدم المعلومات المناسبة لقرارات زيادة المرتبات أو منح الترقيات.

وتشمل عملية تقييم الأداء الآتي:

١. تفاعلات يومية بين المدير والموظف (التدريب، والاستشارة، والتعامل مع السياسات والانتهاكات، والعقاب (انظر الفصل ١٩).

٢. تدوين ملاحظات عن سلوكيات الموظفين.

٣. تشجيع الموظف على تقييم ذاته.

٤. إرشاد الموظفين إلى كيفية تقييم زملائهم، وذلك إذا كان يسمح بهذا النوع من أنواع هذا التقييم.

٥. إجراء مقابلات لتقييم الأداء.

٦. متابعة الأداء من خلال التدريب أو العقاب إذا تطلب الأمر.

بالإضافة لذلك فإن القوانين الفيدرالية والمحلية قد اهتمت بتنظيم تقييمات الأداء والقرارات التي تؤخذ بناء عليها مثل قرارات الإقالة. في الماضي، كان الموظفون ينجحون في مقاضاة مؤسساتهم بسبب القرارات التي اتخذت ضدهم بناء على نتائج تقييم أداء مشكوك فيها.

هناك عدد من الخطوات تستخدم للتأكيد على عدم محاباة نظام تقييم الأداء، وهي:

١. يكون التقييم كتابياً وأن يتم إجراؤه مرة واحدة على الأقل في العام.

٢. يتم إعلام الموظفين بالمعلومات التي ذكرت في تقييمات أدائهم.

٣. يجب أن يمنح للموظف حق الرد على التقييم بصورة كتابية.

٤. يجب أن تمنح للموظفين وسيلة للاعتراض على نتائج التقييم.

٥. يجب أن يحصل الشخص الذي يقيم أداء الموظف على فرصة مباشرة لمراقبة أداء الموظف في أثناء فترة التقييم. فإذا كان الاحتكاك بين الطرفين معدوماً (مثلاً إذا كان الموظف والشخص الذي يقيمه يعملان في ورديات مختلفة) يجب أن تجمع معلومات تقييم الأداء من مصادر أخرى.

٦. يجب أن يتم الاحتفاظ بالملاحظات الشفهية على أداء الموظف خلال فترة التقييم (مثلاً، لثلاثة أشهر، أو سنة). وتسمى هذه الملاحظات بالحوادث الحرجة (الوقائع الحرجة) وسيتم مناقشتها لاحقًا في هذا الفصل، كما يجب إعلام الموظف بهذه الملاحظات في أثناء فترة التقييم.

٧. يجب تدريب من يقومون بتقييم أداء الموظفين على طريقة تقييم الأداء، فيجب أن يعرفوا الآتي:

- ما الأداء الوظيفي المقبول.
- كيف تملأ استمارة تقييم الأداء.
- كيف يمكن إجراء مقابله للحصول على الاستجابات والتعليقات والتغذية العكسية.

٨. يجب أن تعتمد تقييمات الأداء على السلوك الوظيفي ونتائجه، بدلاً من الاعتماد على الصفات الشخصية والخصال والأخلاق.

بغض النظر عن كيفية استخدام المؤسسة لتقييمات الأداء، على هذه التقييمات أن تعكس الأداء الحقيقي للموظف. إذا كانت تقييمات الأداء غير دقيقة، فإن موظفاً غير جيد قد يحصل على ترقية، أو قد لا يحصل موظف ما على التدريب الذي يحتاجه لتطوير مهاراته، أو قد لا يكون هناك ربط بين الأداء والمكافأة (وهو ما يقلل من الحافز الوظيفي للموظف). حتى تكون التقييمات ناجحة، يجب الربط بين احتياجات طاقم العمل واحتياجات المؤسسة.

أنظمة التقييم

يقوم الممرضون بأداء كثير من المهام والأنشطة. يجب على تقييمات الأداء أن تشمل قياس الأبعاد المختلفة للعمل ذات الطبيعة متعددة الأبعاد، كمهمة إدارة الألم الذي يقوم به الممرضون. بالإضافة لذلك، يجب أن يحتوي التقييم على معايير معينة يمكن قياسها مثل "قدرة الممرض على تقييم مستويات الألم وتقديم الأدوية المناسبة لعلاج هذا الألم". أخيرًا، على التقييم أن يذكر الأهداف التي حققها الفرد خلال هذا العام في مقابل ما حققه بتقييم العام الماضي.

الأنظمة المنصبة على النتائج

كل المؤسسات تهتم بالنتائج العكسية. فإذا كانت نسبة شغل الأسرة بالمستشفى تساوي ٣٥٪ ، أو إذا كانت المستشفى تعاني من نسبة غياب تساوي ٢٠٪ فإن مستقبل المستشفى قد يصبح مهددًا. في السنوات الأخيرة، توجهت الإدارة العليا بالتقييم الجزئي لأداء الموظفين بناء على النتائج. عند تطبيق الأنظمة المنصبة على النتائج، فإن الموظفين يعرفون ما الأداء الذي تتوقعه منهم المؤسسة، يجب أن تكون النتائج موضوعية وقابلة للقياس والتعريف.

يتطلب أسلوب التركيز على النتائج أن تضع المؤسسة أهدافًا للأداء الذي يجب أن يحققه الموظف. بالرغم من أن هذا الأسلوب به الكثير من المتغيرات، إلا أنه يعتمد على خطوتين رئيستين هما:

أولاً: يتم وضع عدد من الأهداف في بداية فترة التقييم، والتي ينتظر من الموظف أن يحققها مستقبليًا خلال نهاية الفترة الزمنية للتقييم. قد يقوم المشرف بتحديد هذه الأهداف وتقديمها للموظف، ولكن من الأفضل أن يشترك المدير والموظف في وضع هذه الأهداف.

يجب أن يكون كل هدف واضحاً وقابلاً للقياس، ويحدد له فترة زمنية لتحقيقه. مثلاً، قد تستوجب بعض الأهداف أن تنفذ خلال شهر واحد على الأكثر (مثل مراجعة كتيب توجيهات العمل بالوحدة للتناسب مع المعايير الجديدة للجنة المشتركة) وقد تحتاج بعض الأهداف إلى فترة زمنية طويلة لتحقيقها مثل ١٢ شهرًا (مثل الحصول على شهادة التمريض المتخصص في الرعاية الحرجة "CCRN "Critical Care Registered Nurse). في أثناء وضع الأهداف من المهم أن يعتقد الممرض أن تحقيق هذه الأهداف سيعد تحديا ولكنه قابل للتحقيق.

سيلفيا هي ممرضة متمرسة في مجال الرعاية الحرجة. وتمثلت أهداف سيلفيا لهذا العام في الآتي:

١. الحصول على تجديد شهادة ((advanced cardiac life support (ACLS).

٢. الحصول على شهادة "CCRN "Critical Care Registered Nurse.

٣. أن تكون معلمةً لأحد الممرضين المتخرجين حديثًا.

٤. المشاركة في لجنة المشاركة في الحكم بالمستشفى.

الخطوة الثانية هي التقييم الفعلي لأداء الموظف. خلال هذه الخطوة يجتمع الموظف والمشرف من أجل مناقشة كيف حقق الموظف أهدافه.

عند مراجعة تقييم أداء سيلفيا وجد مديرها الآتي:

١. حصلت سيلفيا على تجديد شهادة ACLS.

٢. حصلت على شهادة CCRN.

٣. علمت سيلفيا ممرضًا متخرجًا حديثًا، وقد لوحظ أن أداءه كان ممتازاً.

٤. حصلت سيلفيا على مقعد في لجنة فرعية للجنة المشاركة بالحكم.

أنظمة منصبة على السلوك

تهتم الأنظمة المنصبة على السلوك بما يفعله الموظف فعليًا كما هو موضح في الجدول ١٨-١.

والتركيز على سلوكيات معينة عند تقييم الأداء يساعد الموظف في الحصول على معلومات عن نمط السلوك الذي تتطلبه المؤسسة منهم، كما يساعد في تحديد النقاط التي يحتاج طاقم العمل تطويرها وتنميتها. وبالرغم من أنه يوجد أكثر من نوع للأنظمة المنصبة على السلوك إلا أن هناك خصائص معينة تجمع بينهم وهي:

١.تقدم مجموعة من الموظفين المسؤولين عن وظيفة معينه (غالباً ما يكونون موظفين عاديين ومشرفيهم المباشرين) نماذج مكتوبة (حوادث حرجة) عن السلوكيات الوظيفية العليا والدنيا.

٢.تستخدم الحوادث الحرجة كأداة قياس للسلوكيات (انظر الصندوق ١٨-١).

٣.يتم تجميع الحوادث الحرجة المتماثلة مع بعضها البعض مشكلين مجموعات سلوكية (أبعاد أداء)، مثلاً السلوكيات المتعلقة بسلامة المريض.

صندوق (١٨-١). نموذج للحوادث الحرجة.

١. اسم الموظف: سيندي سيجلر

٢. تاريخ ووقت الحادثة: ٢٢ و٢٣ و ٢٤ من مارس في الساعة ٩:١٥

٣. التوصيف: السيدة سيجل تعمل مساعداً لرعاية المرضى، وقد اشتكى الممرضون ثلاث مراتٍ هذا الأسبوع إلى المدير من أدائها، حيث لم ينته تقرير المؤشرات الحيوية والتحليلات المطلوبة في الساعة التاسعة صباحًا. ويستخدم الممرضون هذه التحليلات والمؤشرات كنوع من أنواع المعلومات عن حالة المريض الصحية، وذلك لإدارة الأدوية التي يحصلون عليها يوميًا بالساعة التاسعة صباحًا. ويجد الممرضون السيدة سيلجر في هذا التوقيت بالاستراحة تأكل وتتحدث على الهاتف. وعندما سأل الممرضون السيدة سيجلر عن سبب مكوثها طويلاً بالاستراحة ردت قائلة إن الوقت مازال مبكرًا على العمل وإنها تفضل العمل ببطء في ورديتها. وأكد الممرضون عليها أنه لا ينبغي أن تأخذ استراحة قبل الانتهاء من عملها، وأن المؤشرات والتحليلات ضرورية للانتهاء من التقييم الإكلينيكي للمرضى، وأنهم يحتاجون إلى هذه المعلومات، وردت السيدة سيجلر قائلة إنها ستعود للعمل بعد قليل.

٤. الملاحظات: طلب المدير مقابلة السيدة سيجلر. أخبر المدير السيدة سيجلر بأن مهمتها هي تلبية احتياجات المرضى. وأكد المدير على أهمية دور السيدة سيجلر طالبًا منها أن تنهي قياس المؤشرات والقيام بالتحليلات وتدخلها على الجهاز الحاسوبي قبل الساعة التاسعة صباحًا. وأمر المدير السيدة سيجلر بأنها لن تحصل على وقت للراحة إلا إذا وافق الممرضون على هذا. وتستغرق فترة الراحة ١٥ دقيقة فقط. وأكد المدير على أنه إذا وصلت أي شكوى أخرى عن السيدة سيجلر بشأن عدم قيامها بالعمل فسيقدم لها إنذاراً بالفصل. أكدت السيدة سيجلر على أنها ستعمل بجد أكثر خلال الفترة القادمة. وحدد المدير موعداً لتقييم السيدة سيجلر مجددًا بعد أسبوعين.

ويمكن استخدام هذه التقييمات المنصبة على السلوك فقط عند تقييم أداء وظيفة واحدة أو مجموعة من الوظائف المتماثلة في الطبيعة، ولهذا فإن هذه التقييمات تستهلك كثيرًا من الوقت والمال. ولهذا الأسباب فإن هذه الأنظمة تستخدم عندما يعمل عدد كبير من الأشخاص في نفس الوظيفة مثل مجال ممرضي الرعاية الحرجة.

الجدول (١٨-١). أنظمة تقييم مؤسسة هيل توب هيلث كير

استمارة تقييم أداء الموظف

اسم الموظف:

المنصب: ممرض مسجل

القسم:

تاريخ التوظيف:

فترة التقييم:

اسم المدير المراجع:

يقيس هذا التقييم خمسة مستويات للأداء لكل مهمة. المستويات الخمسة هي كالآتي:

٥- الموظف يتخطى التوقعات على نحو ممتاز – الموظف يتخطى التوقعات العادية، ويكون هذا الموظف نموذجاً للبقية ويكون ممتازاً بنسبة ١٠٠٪ طوال الوقت.

٤- الموظف يتخطى التوقعات – الموظف يؤدي المهام بأسلوب يتخطى التوقعات العادية، ويوضح للزملاء والمرضى بأن هذا الموظف مخلص في أداء عمله.

٣- أداء الموظف مساوٍ للتوقعات – الموظف يؤدي عمله كما هو مطلوب منه.

٢- الموظف عادة ما يساوي التوقعات – يظهر الموظف قدرته على أداء العمل كما هو متوقع في بعض الأوقات.

١ أداء الموظف لا يتساوى مع التوقعات – يجب اتخاذ إجراء لتصحيح أداء هذا الموظف.

توقعات الأداء	٥ موظف ممتاز	٤ يتخطى التوقعات	٣ أداء مساوٍ للتوقعات	٢ عادة ما يتساوى مع التوقعات	١ لا يتساوى مع التوقعات
استخدام مبادئ التفكير النقدي والحكم الممتاز على الحالة المرضية					
يعد خططاً للرعاية وتقييمات وتقارير كما هو مطلوب					
ينشئ علاقات قائمة على الثقة مع زملائه والمرضى					

تابع جدول (١٨-١).

توقعات الأداء	٥ موظف ممتاز	٤ يتخطى التوقعات	٣ أداء مساو للتوقعات	٢ عادة ما يتساوى مع التوقعات	١ لا يتساوى مع التوقعات
يحافظ على سرية المعلومات					
يظهر مسؤولية في أداء الأنشطة					
يتبع السياسات والبرتوكولات					
يستكمل تجديدات الشهادات التعليمية السنوية ويحصل على الشهادات التي تطلب منه وفقا للبرتوكولات الجديدة					
يظهر احتراماً وتعاطفاً ورعاية في كل تفاعلاته مع الآخرين					
يتأكد من سلامة المرضى وينفذ كل برتوكولات الحماية					
يقدم فكرة جديدة لتطوير عمل الوحدة كما يقدم حلولاً جديدة ويشاركها مع المجموعة					
مرن في تلبية احتياجات العمل عند التخطيط لجدول المهام					
يظهر رغبة في التعليم وتوسيع المعارف					
يعمل كمعلم وممرض مسؤول عندما يطلب منه					
لا يتعدى حدود التكلفة، ويستخدم المعدات والأدوات بشكل لائق					
يظهر المسؤولية في تحقيق أهداف المؤسسة والرعاية والوحدة					

تابع جدول (١٨-١).

توقعات الأداء	٥ موظف ممتاز	٤ يتخطى التوقعات	٣ أداء مساو للتوقعات	٢ عادة ما يتساوى مع التوقعات	١ لا يتساوى مع التوقعات
يعمل جيدا مع الفرق والأفراد من خلفيات مختلفة لتحقيق أحسن مستويات تقديم خدمات الرعاية					
يشترك في إحدى لجان المستشفى أو الوحدة					
يتواصل بشكل جيد					
يعمل في تجانس مع الزملاء، ويشارك جيدًا في الفرق وفي حل الصراعات					
أهداف الموظف للعام المقبل					
ما الهدف الذي يرغب الموظف في تحقيقه خلال الاثني عشر شهرًا المقبلة؟ كيف يدعم المدير هذه الأهداف؟					
التوقيعات					
هذا التوقيع يؤكد انتهاء التقييم بغض النظر عن الاتفاق، أو عدم الاتفاق على محتويات هذا التقييم.					
توقيع الموظف					
التاريخ					
توقيع المدير					
توقيع قسم الموارد البشرية					

دليل الأداء

يمكن جمع الأدلة عن أداء الموظفين باستخدام عدد من الأساليب منها: مراجعة النظراء، التقييم الذاتي، تقييم المجموعة، وملاحظات وتقييمات المديرين.

مراجعة النظراء Peer Review

ويتمكن المرضون خلال هذه المراجعة أن يقيموا ويحكموا على أداء أقرانهم باستخدام معايير سبق تحديدها من قبل (Davis, Capozzoli,& Parks, 2009). وتصمم مراجعة النظراء بغرض جعل

تقييمات الأداء أكثر موضوعية، لأن التقييمات المتعددة ستزيد من تنوع تقييم الأداء. وتطبق مراجعة النظراء في برامج السلم الإكلينيكي، ونماذج الحكم الذاتي، وتقييمات الأداء المتقدم للممرضين .

وتتمثل خطوات تنفيذ مراجعة النظراء في الآتي:

١.يختار المدير أو الموظف عدداً من الزملاء لإجراء التقييم. غالباً ما يتم اختيار ٢-٤ أفراد وفقًا لمعايير تم تحديدها سابقاً.

٢.يقدم الموظف ملف تقييم ذاتي لنفسه. ويحتوي الملف على تقييم الموظف للإنجازات والأهداف والمعايير التي حققها خلال فترة التقييم السابقة. ويقدم الموظف الأدلة على ما يقوله في هذا الملف.

٣.يقيم النظراء الموظف. قد تتم هذه العملية في نطاق فردي أو في مجموعة. ويقدم الفرد أو المجموعة بعد ذلك تقييماً ورقياً لأداء الموظف إلى المدير.

٤.يجتمع المدير والموظف لمناقشة التقييم. يذكر المدير ملاحظاته على الأداء وتوقعاته للأهداف التي على الموظف تحقيقها خلال فترة التقييم التالية.

يجب توخي الحذر من نقاط معينة عند تطبيق مراجعة النظراء. أولاً: يجب تجنب اختيار الأصدقاء لإجراء المراجعة. قد يقدم الأصدقاء تقييماً مضللاً وغير موضوعي عن الموظف. ثانيًا: انتبه لعدد المرات التي تقيم فيها الموظفين المتفوقين والمتمرسين مثلاً، الموظفون الذين وصلوا للدرجات العليا من السلم الإكلينيكي. ثالثًا: انتبه للوقت المهدر على إعداد الملف. الغرض من إعداد هذا الملف هو تحسين جودة العمل وخدمات الرعاية الصحية وليس لتقديم أكبر قدر ممكن من الأوراق والأدلة.

التقييم الذاتي Self-Evaluation

تساعد التقييمات الذاتية الموظفين في اختبار أدائهم الوظيفي خلال العام وتحديد التحسينات التي يجب القيام بها لتطوير الأداء. من الصعب أن يجري الفرد تقييمًا لذاته، فقد يكون التقييم إيجابياً بشكل مبالغ فيه أو سلبياً إلى درجة كبيرة. بالرغم من ذلك يعد من المهم إجراء التقييم الذاتي للموظفين كي ينبهوا أنفسهم للتحسينات التي يحتاجونها لتحقيق المتطلبات الوظيفية، وذلك بغض

النظر عن أن التقييم منصب على السلوك ("الانتهاء. من خطة رعاية المريض خلال ٢٤ من استقباله") أو على النتائج ("إعداد شخص لتقديم الخدمات الصحية الخاصة بالوحدة").

تقييم المجموعة Group Evaluation

يعد أحد أساليب التقييم. حيث يُطلَب من المديرين تقييم أداء الموظف بناء على التوصيف الوظيفي ومعايير الأداء. غالباً ما يسهل مدير واحد من إجراء هذه العملية. ويتم تقييم مجموعات الممرضين بنفس أسلوب التقييم الفردي، بالإضافة لذلك يمكن تسجيل وقياس التباينات في الأداء داخل المجموعة، وبذلك يقلل تقييم المجموعة من التحيز وإضاعة الوقت، ويزيد من الفاعلية.

تقييم المدير Manager's Evaluation

قد تصبح مهمة تقييم أداء الموظف صعبة. فمن المفترض أن يلاحظ المدير أداء الموظف طوال فترة محددة من الوقت (غالباً تستغرق الفترة ١٢ شهرا) ثم يقوم بتقييم هذا الأداء بدقة. ولأن المدير مسؤول عن تقييم عدد من الموظفين الذين يعملون تحت إدارته، فإنه ليس من المستغرب أن ينسى المدير ما فعله أحد الموظفين من عدة أشهر سابقة، أو قد يخلط بين أداء موظف ما بموظف آخر.

وتعد **الحوادث الحرجة** (critical incidents) إحدى الطرق التي يمكن استخدامها لمحاربة مشاكل الذاكرة السابق ذكرها، وهي عبارة عن تقارير عن الأداء أو الوقائع غير العادية لأداء الموظف وقد تكون حوادث سلبية أو إيجابية. وتشمل الحوادث الحرجة ٤ نقاط هي: اسم الموظف، التاريخ والوقت، ووصف مختصر عن الواقعة التي حدثت، وتعليقات عن الواقعة (انظر الصندوق ١٨-١). وتعد الأدوات الإلكترونية والأجندات والمذكرات الصغيرة من أفضل الأدوات التي يمكن استخدامها لتدوين الملاحظات الفورية. بالإضافة لذلك، فإن زيادة الفترة الزمنية بين تدوين الملاحظات وحدوثها سيزيد من احتمال حدوث الأخطاء وإهمال مشاركة المدير ملاحظاته مع الموظف (انظر الجزء التالي).

ويساعد تدوين الحوادث الحرجة في وقت حدوثها على زيادة دقة تقييمات الأداء التي تقدم بنهاية العام. بالرغم من أن أسلوب تدوين الملاحظات بشكل دوري يبدو أمرًا سهلاً، إلا أن المديرين قد يعانون من مشاكل معينة. مثلاً، قد يشعر المديرون بعدم الراحة عندما يدونون الملاحظات

والسلوكيات، حيث قد يشعرون أنهم جواسيس يتلصصون على الآخرين في أثناء العمل حتى يتصيدوا أخطاءهم. يجب على المديرين أن يتأكدوا من أن هذه العملية ستساعدهم على كتابة تقارير الأداء بكفاءة وتقليل الأخطاء (كما سيناقش لاحقًا).

أفضل وقت لكتابة الحوادث الحرجة يكون بعد حدوث الواقعة مباشرة. يجب أن يتم التركيز في أثناء الكتابة على ما حدث، وليس تفسير ما حدث. مثلاً: بدلاً من كتابة الآتي: "السيدة هادسن كانت وقحة"، يتم كتابة الآتي "السيدة هادسن قالت للمريضة إنها وضيعة".

بمجرد أن تدون الواقعة، على المدير أن يخبر الموظف بما كتبه عنه بصورة شخصية. إذا كان التصرف إيجابيا، فإنها فرصة للمدير أن يمتدح عمل الموظف، أما إذا كان التصرف غير مناسب فعلى المدير أن يدرب الموظف (انظر الفصل ١٩).

ولأن المديرين دومًا مشغولون بالعمل، فهم يشككون في جدوى كتابة الملاحظات فهي لا تعد أفضل استخدام للوقت. في الواقع، إنَ كتابة الملاحظات لا تهدر ولا تستغرق كثيرًا من الوقت. فمتوسط كتابة الملاحظات يستغرق أقل من دقيقتين. إذا كان المدير يدون الملاحظات في أثناء الوقت غير المستخدم (مثل وقت انتظار انعقاد اجتماع ما)، فإن هذا سيعد أفضل استخدام لهذا الوقت. وعلى المدى الطويل فإن هذه العملية ستوفر كثيرًا من الوقت. بالإضافة لذلك، فإن كتابة الملاحظات عن الحوادث والمشكلات سيجبر المدير على البحث عن حلول لها قبل أن تكبر هذه المشكلات، مما يساهم في سرعة حلها. أيضًا يقل وقت إعداد تقرير الأداء في نهاية فترة التقييم عندما يحتفظ المدير بملاحظاته عن أداء الموظفين.

تتوقف فاعلية تدوين الملاحظات على كيفية إخبار المديرين لموظفيهم بأنهم سيتبعون هذا الأسلوب في تقييمهم. يجب على المديرين أن يبقوا في أذهانهم الحقيقتين التاليتين ليزيدوا من قيمة تدوين الملاحظات:

١. أن الهدف الرئيس لتدوين الملاحظات هو تحسين دقة كتابة تقييم الأداء.

٢. تميل ردود أفعال الأفراد إلى السلبية عند تطبيق أشياء جديدة.

يجب أن يكون المديرون صريحين في النقطة الأولى، فعليهم الاعتراف بأنهم لا يستطيعون تذكر كل الأفعال التي يقوم بها الموظفون، وعليهم أن يخبروا الموظفين أن الهدف الرئيس لتدوين الملاحظات هو جعل التقييم دقيقاً إلى أقصى درجة ممكنة، ولكن بالرغم من ذلك، سيظل الموظفون متشككين من هذه العملية. حتى يريح المديرون موظفيهم يمكن أن يتعمدوا جعل الملاحظة الأولى التي يدونونها إيجابية بشأن أداء موظفيهم، حتى وإن غيروا الحقيقة قليلاً مرة واحدة فقط. من خلال فعل ذلك، ستتغير ردود فعل الموظفين بشأن الحوادث الحرجة لتصبح ردود فعل إيجابية.

هناك ثلاثة أخطاء رئيسة تحدث عند تدوين الملاحظات وهي:

١. يفشل المديرون في جعل ملاحظاتهم محددة ومنصبة على السلوك، فيقولون إن الممرض "مهمل" ، أو "من الصعب الإشراف عليه".

٢. بعض المديرين يسجلون السلوكيات غير المناسبة فقط.

٣. بعض المديرين لا يخبرون موظفيهم بالملاحظات التي دونوها.

هذه الأخطاء تقلل من كفاءة عملية تدوين الملاحظات. إذا لم يعلم الموظف بالملاحظات التي دونها المدير فإنه لن يعرف ما السلوك الخاطئ الذي قام به ومن ثم لن يستطيع تحسين ذاته. وإذا لم يدون سوى الملاحظات السلبية على أداء الأفراد فإن الموظفين سيستاؤون من النظام ومن المدير. إذا لم يخبر المدير موظفيه بالملاحظات التي دونها كما هي، فإن الموظف سيأخذ رد فعل دفاعياً على هذه الملاحظات عند مواجهته بها في نهاية فترة التقييم. عمومًا، فإن المدير يجب أن يدرج أهمية عملية تدوين الملاحظات، فيجب عليه أن ينفذها بجدية، ويستخدمها بالطريقة الصحيحة التي صممت من أجلها.

ومع زيادة دقة تقييمات الأداء والملاحظات النصية ستقل فرص رفع دعاوي قانونية ضد المؤسسة. فإذا تم رفع قضية على المؤسسة، فإن الملاحظات المكتوبة ورقياً تعد دليلاً ماديا مُعترفاً به في قاعات المحاكم. أيضًا تعزز مشاركة المعلومات التي ذكرت في التقييم من التواصل بين المديرين والموظفين. أيضًا فإن تدوين الملاحظات يمنح المدير شعورا بالثقة مع اقتراب وقت إعداد تقييمات الأداء والمقابلات الشخصية مع الموظفين.

وسيشعر المدير بالثقة في تقييماته لأنها ستكون أكثر دقة. ولا يشعر المدير فقط بأنه دقيق ومهني في تقييمه، بل أيضًا سيشعر المرضون بذلك. في الواقع، وجد أن عملية تدوين الملاحظات تجعل من المقابلات اللاحقة لتقييم الأداء مع الموظفين تركز على كيفية تطوير أداء ومهارات الموظفين للعام القادم، وذلك بدلاً من التركيز على ما فعله العام الماضي. ولهذا يغلب على المقابلة حديث ذو طابع بناء وليس جدلياً.

الموظفون المختلفون يتجاوبون بشكل مختلف مع عملية تدوين الملاحظات. فيستجيب الموظفون الجيدون بطريقة إيجابية مع هذه العملية. بالرغم من أن المدير يدون الأفعال الإيجابية والسلبية للموظفين، إلا أن الملاحظات الإيجابية للموظف الجيد تكون أكثر من الملاحظات السلبية للأداء، ولهذا يفضل الموظفون الجيدون عملية تدوين الملاحظات. بالعكس، لن يستفيد الموظفون السيئون بشكل إيجابي من عملية تدوين الملاحظات.

ويعتمد الموظفون السيئون على الذاكرة الضعيفة للمديرين من أجل تحسين تقييمات الأداء، ولكن من خلال عملية تدوين الملاحظات فإن التقييمات تصبح أكثر دقة (تقييمات سيئة) لأداء الموظفين السيئين. ولكن مع ذلك فإن الاستجابة السلبية للموظفين السيئين لن تدوم طويلاً. فعمومًا قد يترك الموظفون السيئون المؤسسة، أو قد يحسنون من أدائهم عندما يتأكدون من أنه لا مهرب من تقييم الأداء.

في معظم المؤسسات، يعتبر المدير المباشر للموظف هو المسؤول عن إجراء تقييم الأداء الخاص به، فإذا لم يملك المدير المباشر المعلومات الكافية لتقييم أداء الموظف عليه أن يجد بدائل أخرى. فقد يطلب المدير بشكل غير رسمي معلومات متعلقة مهنياً بأداء الموظف من مصادر أخرى مثل زملاء الموظف، أو المرضى، أو المديرين الذين يتعاملون مع الموظف. ويقيم المدير هذه المعلومات ويضيفها على المعلومات التي لديه، ويكمل بهذا التقييم.

تقييم كفاءة ومهارة الموظف

على مؤسسات الرعاية الصحية أن تقيم قدرات الموظفين لأداء المهارات والمهام التي تتطلبها مناصبهم (Joint Commission, 2011). وعملية تقييم الكفاءة هي عملية مستمرة. في البداية تكون

مجرد مبادرة، ثم يتم البحث عن وسائل لتطوير مهارات الموظفين، ثم يتم التقييم السنوي لكفاءة الموظفين، ومعالجة أوجه القصور بالأداء. غالباً ما تتم عملية تقييم المهارات من خلال مراقبة الأداء في المختبر، أو نماذج المحاكاة، أو موقع تقديم خدمات الرعاية. يلعب المدير دورًا مهمًا في تحديد المهارات التي يحتاجها الموظفون للعمل بالوحدة أو القسم.

تشخيص مشكلات الأداء

إذا لاحظ المدير أداء ضعيفاً أو متناقضاً للموظف في أثناء فترة التقييم، فعليه أن يحقق ويعالج أسباب هذا الأداء السلبي. ويجب طرح عدد من الأسئلة مثل:

١. هل يمثل الأداء الضعيف مشكلة؟

٢. هل ستزول المشكلة إذا تم تجاهلها؟

٣. هل القصور نتيجة لانعدام المهارات أو الحافز؟ ماذا علي أن أفعل؟

الخطوة الأولى هي تحديد المعايير المقبولة للأداء، وتقييم للأداء الحالي للموظف بدقة. هذا يعني أن الوصف الوظيفي يجب أن يكون محدثًا، ويكون التقييم منصبًا على السلوك. أيضًا ذلك يعني أن أداء الموظف يتم تقييمه بشكل دوري، ووفقًا لمعايير معروفة. كما يجب أن يعرف الموظف ما معايير الأداء المقبولة.

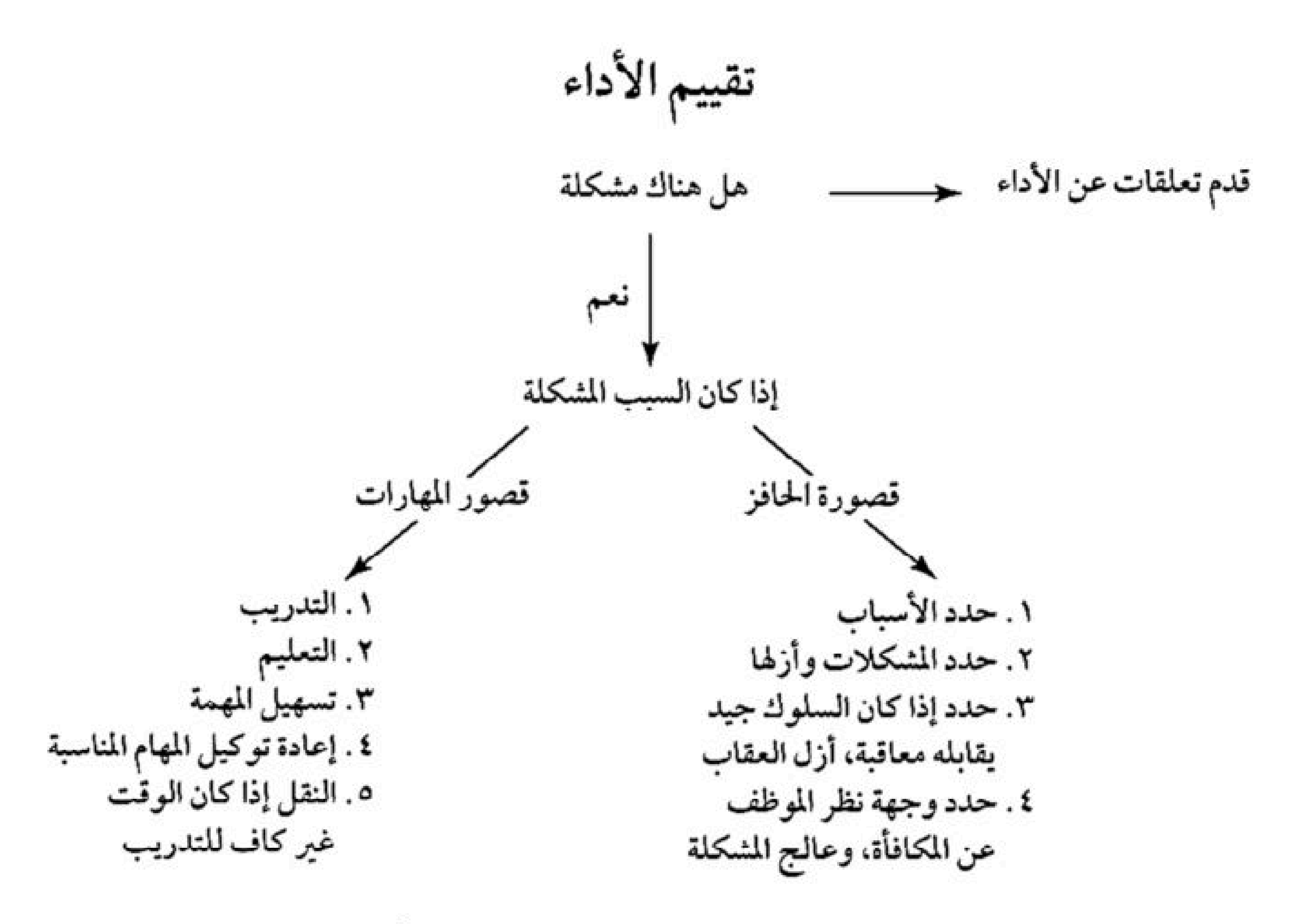
الخطوة التالية هي تحديد: هل المشكلة تتطلب اهتماماً فورياً؟ وهل هي ناتجة عن قصور في المهارات أم قصور في الحافز؟ ويمكن حل المشكلات المتعلقة بقصور المهارات عن طريق التدريب غير الرسمي مثل توضيح الجزئيات المبهمة، بينما تتطلب المهارات المعقدة لتدريب رسمي مثل ورش العمل والمحاضرات. إذا كان الوقت المطلوب لتطوير مهارات الموظف محدوداً، على المدير أن يحدد إذا ما كان من الأفضل نقل الموظف، أو فصله، أو تسهيل المهمة التي يقوم بها.

إذا كان قصور الأداء ناتجاً عن قصور في الحافز يجب طرح عدد من الأسئلة. يجب على المدير تحديد إذا ما كان الموظف يعتقد أن الأداء المطلوب منه تحقيقه صعب أم لا، وهل سلوكياته يترتب عنها عقاب أو مكافأة أو إهمال؟ مثلاً إذا كانت المكافأة المعطاة للموظف الذي يأتي للعمل بشكل مستمر في أيام العطلات (بدلاً من التغيب بداعي المرض) تكون في شكل تغيير جدول عمله ليأتي دائما أيام العطلة، فإن ذلك يعني أن السلوك الحسن يرتبط بنوع من أنواع العقاب.

ينجح الحافز فقط عندما يعتقد الموظف أن هناك رابطاً قوياً بين النتائج وتحقيق الأداء المرغوب التالية. ويلعب المدير دوراً مهماً في تصميم الحوافز للتناسب مع احتياجات الموظف الفردية (انظر الفصل ١٧). للأسف، الحوافز المرتبطة بالأداء لا تقلل دومًا من المشكلات السلوكية. فإذا كانت المكافآت غير فعالة في تحسين الأداء، فإنه يجب استخدام إستراتيجيات أخرى مثل التأديب، أو التدريب (انظر الفصل ١٩).

حتى يستطيع المدير التفرقة بين مشكلات قصور المهارات وقصور الحافز عليه أن يحلل الأداء السابق للموظف. إذا كان الأداء السابق للموظف مقبولاً ويتفق مع المعايير المقبولة للأداء، فإن المشكلة ستكون في قصور الحافز. على العكس، إذا لم يكن أداء الموظف جيدًا من قبل فإن المشكلة هي في قصور المهارات. يجب استخدام إستراتيجيات معينة معتمدة على نوع المشكلة. ويجب أن يكون هدف الإستراتيجيات هو تحسين أداء الموظف وليس معاقبته.

يلخص الشكل (١٨-١) خطوات حل المشكلات.



الشكل (١٨-١). شجرة قرارات تقييم الأداء.

مقابلة تقييم الأداء

بمجرد أن ينتهي المدير من إعداد تقييم أداء دقيق، عليه أن يحدد مواعيد مقابلات تقييم الأداء مع الموظفين. وتعد هذه المقابلة هي الخطوة الأولى لتطوير أداء الموظف.

الاستعداد للمقابلة

حدد النقاط التي يجب تغطيتها في المقابلة. إذا كان تقييم الأداء دقيقاً، فإنه من المحتمل أن يكون للموظفين تصور سابق عن هذا التقييم. ولهذا يكون الموظف أكثر تقبلاً لما احتواه التقييم على أساس أن هذا التقييم سيفيده إما عن طريق تحديد الأنشطة التي يجب أن يطورها الموظف بذاته، أو عن طريق تحديد المكافآت التي قد يحصل عليها الموظف. ولتحفيز الموظفين يجب ربط الأداء بالمكافأة.

وتعد مقابلة تقييم الأداء هي المفتاح الرئيس لعملية الربط بين الأداء والمكافأة. في المقابلة، يجب التأكد من تقييم الأداء الإيجابي حتى يتم ربط المكافأة بهذا الأداء. أيضًا، يجب أن تستخرج النقاط التي تحتاج لتطوير من التقييم الدقيق للأداء. مثلاً، إذا كتب في التقييم أن الموظف "يحتاج لتحسين فوري" في مهارات التفويض، فإن علاج هذا النقص يجب أن ينبثق من تقبل الموظف لضرورة تطوير مهاراته التفويضية.

وبالرغم من أن المديرين يحاولون إكمال استمارة التقييم بدقة متناهيه، إلا أنهم يجب أن يتوقعوا خلافاً مع الموظفين حول ما قاموا بتقييمه. فأغلب الموظفين يميلون للاعتقاد بأن أداءهم فوق المتوسط. وهذا الميل لتعظيم الأداء الذاتي للشخص منبثق من واقع نسيان أخطائنا وتذكر إنجازاتنا بشكل أفضل، فغالباً ما نخلق تبريرات لقيامنا بشيء ما (مثلاً، لقد نسيت القيام بهذا الأمر، ولكن ضغط العمل هذه الأيام مرتفع، فماذا تتوقع؟). ومن المتوقع أن تنخفض ثقة الموظفين في عملية التقييم بسبب ميلنا لتعظيم التقييم الذاتي، وانعدام خبرات الموظفين بعملية تقييم الأداء.

ومن الضروري تحديد موعد مقابلة تقييم الأداء مقدمًا حتى تسير المقابلة بشكل جيد. ومن المفضل الإبلاغ عن هذه المقابلة قبل موعدها بيومين على الأقل. حدد فترة زمنية مناسبة لإجراء المقابلة أغلب المقابلات تستغرق ٢٠-٣٠ دقيقة، وذلك بالرغم من أن الوقت المستغرق يتباين، فهو يعتمد على درجة التواصل التي بين مدير التمريض والممرض، وما تحدثا فيه خلال فترة التقييم.

أثناء الاستعداد للمقابلة، عليك تحديد عدد من نماذج السلوك التي قام بها الممرض، وذلك لتدعيم المعلومات التي ذكرت في التقييم. تعد هذه النماذج مهمة خاصة في حالات انخفاض التقييم المعطى للممرض. بالإضافة لذلك، يفضل أن تتنبأ برد فعل الموظف على التقييم. مثلاً، هل سيتهم الممرض مديره بأن التقييم منخفض جدا؟ فعندما يتنبأ المدير بهذا الرد، فإنه قد يستجيب قائلاً "قبل أن أضع تقييمي على الأداء، تحدثت مع مديرين آخرين للتأكد من سلامة وصحة معاييري".

يجب أيضًا التخطيط للمكان الذي سيجري فيه المقابلة. من الضروري إجراء المقابلة في مكان يتسم بالهدوء، وبعيد عن أية مقاطعات. هذا المكان سيساهم في تحسين كفاءة المحادثة وجعلها أكثر صدقا. ولأنه من الصعب اختيار مكان بعيد عن المقاطعات في مؤسسة رعاية صحية، فإنه يجب اختيار وقت مناسب لإجراء المقابلة. فيجب أن تختار الوقت الذي يستطيع فيه أحد المديرين الآخرين الإحلال محلك في الوحدة، أو اختيار وقت يقل فيه احتمال حدوث مقاطعات. ومن الضروري تذكر أن المكان السيئ يقلل من فاعلية المقابلة. لا أحد يريد أن تناقش عيوبه أو قصوره أمام بقية الأفراد، أيضًا فإن المقاطعات تقلل كفاءة التواصل، وتقطع تدفق الردود والاستجابات والانتقادات.

المقابلة

المقابلة تجرى بشكل أفضل إذا قام مدير التمريض بكتابة وإخبار الممرضين بالحوادث الحرجة التي قاموا بها طوال فترة التقييم. فإذا تم القيام بذلك فإن الموظف سيتوقع التقييم الذي حصل عليه، وذلك قبل حضوره المقابلة، كما سيعلم السلوك الذي أدى إلى جعل تقييمه بهذا الشكل. إذا لم يقم المدير بكتابة ملاحظات في أثناء فترة التقييم، فإنه من الضروري أن يتذكر كثيراً من أمثلة السلوك الإيجابي والسلبي الذي قام به الموظف من أجل تدعيم التقييم الذي أعطاه له.

خلال المقابلة، يعد من الضروري أن يركز مدير التمريض والممرض على الطريقة التي سيتم بها تحسين الأداء العام القادم. ولكن بالرغم من هذه الأهمية، فإن القول أسهل من الفعل. فعليك تذكر أن كل موظف لديه قدرة معينة لاحتمال النقد، وغالباً ما سيدافع عن نفسه. ولهذا، في أثناء المقابلة عليك التأكيد على عدد محدود من النقاط التي تحتاج إلى تطوير – ويفضل ألا تزيد عن نقطتين.

للأسف، فإن المديرين يتخطون قدرة الموظفين لاحتمال النقد، خاصة إذا كان تقييم الموظف كان متوسطاً أو أقل. غالباً ما سيحدد المدير قائمة طويلة من نقاط القصور التي يحتاج الموظف إلى تطويرها. وعند مواجهة الموظف بهذه القائمة فإنه تفكيره سيتحول من الفكر البناء "يجب أن أعمل على تحسين هذه النقاط" إلى فكر هدام "إن المدير لا يحبني، إنه مدير يتصيد الأخطاء" وذلك إذا زادت لائحة الانتقادات عما يمكن احتماله.

ونوصي بالآتي عند إجراء مقابلة تقييم الأداء:

١. لا تتحامل على الموظف: أغلب الموظفين يكونون متوترين في بداية المقابلة، خاصة الموظفين الجدد الذين يجرون لأول مرة مقابلة تقييم أداء، أو الموظفين الذين كانت المعلومات التي يتلقونها من المدير حول أدائهم سلبية. ابدأ المقابلة بتعريف الموظف بنوع المعلومات التي اعتمد عليها في إعداد التقييم، مثلا "لقد قمت باستخدام الملاحظات التي دونتها على أدائك وأخبرتك بها كأساس لإعداد تقييم الأداء الخاص بك". بدلاً من محاولة تخفيف توتر الموظفين، فإنَ تجاهل هذا التوتر سيكون أفضل.

٢. وضح الغرض من المقابلة: من المفضل البدء بمقدمة توضح أهمية تطوير الذات، فهذه المقدمة تساعد على تحديد الأنشطة التطويرية التي يحتاجها الموظف، كما تجعل الموظف يرغب في تحسين أدائه وفعل ما بوسعه للعام القادم.

٣. مراجعة نقاط التقييم واحدة بواحدة: أعط مثالاً للسلوكيات التي أدت إلى حصول الموظف على درجات التقييم . لا تتعجل، المدير يعطي إحساساً بأن التقييم تم بدقة ومهنية، عن طريق شرح سبب الحصول على كل درجة على حدة وإعطاء أمثله لسلوكيات الموظف. كما تجعل هذه الخطوات الموظف أكثر استعدادا لتقبل درجاته وتحسينها.

٤. تعرف على ردود أفعال الموظف على درجاته: اسأل الموظف عن رد فعله ورأيه عما سمعه في التقييم، استمع إليه وتقبله ورد على تساؤلاته. وتعد هذه المرحلة أصعب مراحل تقييم الأداء التي قد يقوم بها المدير. حتى تدير هذه المرحلة بكفاءة، عليك التأكد من دقة التقييم والدرجات التي حصل عليها الموظف.

وغالباً ما يسأل الموظفون الذين حصلوا على تقديرات منخفضة على منهجية ومعايير المدير التي اتبعها لتقييم الأداء مثلا، قد يقولون :"ألا تعتقد أن معاييرك عالية وصعبة التحقيق"؟. وليس بالأمر المفاجئ أن يكون المدير دفاعيا عندما يشكك الموظف في معاييره، وقد يقوم المدير بقطع كلام الموظف. وقطع كلام الموظف سيعطيه انطباعاً سلبياً عن عملية التقييم. فعندما طلب من الموظف التعليق على تقييم أدائه، رفض المدير سماع هذه التعليقات. يجب عليك توقع تشكيك الموظفين على تقييم الأداء، ولكن الأهم أن تستعد لسماع رد فعل الموظف على هذا التقييم.

بعد سماعك لانتقادات الموظف، عليك تقبلها، والرد عليها بطريقة تظهر اهتمامك بها وسماعك لها (مثلاً: يمكنك اقتباس بعض كلمات الموظف وإعادتها عليه مرة أخرى) وتقبلها (لقد فهمت رأيك) . بالإضافة لذلك قد تحتاج إلى فهم ما يقوله الموظف (أنا لا أفهم لماذا تعتقد أن تقديرك منخفض. إذا كنت ترى أنك تستحق درجات أعلى فاذكر ما يبرر ذلك) حاول جعل المحادثة صادقة وتسير في الاتجاهين حتى تعلم شعور الموظف تجاه تقييم الأداء.

٥. حدد عدداً من الطرق التي يمكن من خلالها تحسين الأداء. يجب أن تهتم المقابلة بالأداء المستقبلي للموظف. إذا أظهر التقييم أوجه قصور لدى الموظف، عليك أن تتعاون مع الموظف لإنشاء خطة تطوير لأدائه. وتصف الخطة نوع الأنشطة التي ستساهم في تطوير الأداء. هذه الأنشطة قد تكون تدريباً رسمياً، أو دورة أكاديمية، أو تدريباً في أثناء تأدية العمل. عليك أن تكتب أنت والموظف الخطة المتفق عليها.

حتى تتجنب السلوك الدفاعي للموظف، يفضل أن تختار نقطتين فقط تحتاجان إلى التطوير. اختر أسوأ المجالات التي تحتاج بشدة إلى اهتمام خاص. عليك أن تسأل الممرض أولاً عن أفكاره لتحسين أدائه الذاتي. بعد أن يقدم الموظف مقترحات عن كيفية تطويره لأدائه، قم أنت أيضًا باقتراح مزيد من الأفكار.

من الضروري أن ترتبط خطة تطوير الأداء بسلوكيات معينة. في بعض الأحيان لا يتوقف تغيير السلوك على الموظف فقط (سأنادي المرضى بألقابهم مثل السيد والسيدة إلا إذا طلبوا مني مناداتهم بألقاب أخرى) فعلي المدير أيضًا أن يغير بعضاً من سلوكياته (سأنشر التغييرات في سياسة المستشفى قبل البدء في تطبيقها).

٦. حدد موعداً لمتابعة الأداء: بعد الاتفاق على النقاط التي تحتاج إلى تطوير، عليك بتحديد موعد لاجتماع مكمل. غالباً يكون بعد مرور ٤-٦ أسابيع على موعد المقابلة. خلال هذا الاجتماع قدم ملاحظات على أداء الموظف الحالي.

ويقدم هذا الاجتماع أيضًا الفرصة للممرض لتوضيح المشكلات التي تعوق تحقيق خطة التطوير التي اتفق عليها مع المدير. غالباً ما يسود مناخ إيجابي في هذا الاجتماع . فبعد تحديد نقطتين للتطوير خلال الفترة ما بين المقابلة واجتماع المتابعة، يتغير أداء الموظف بشكل كبير، ولهذا يقدم هذا الاجتماع فرصة للمدير ليقوم بمدح أداء الموظف.

٧. أكد على ثقتك بالموظف: هذا السلوك مهم للغاية، ولكن بالرغم من ذلك يتم إهماله. يجب أن يؤكد المدير على ثقته بأن أداء الموظف سيتحسن.

ولأنه تم تحديد نقطتين فحسب تحتاجان للتطوير، فإن هناك عدداً من نقاط القصور التي يجب الاهتمام بها خلال الفترة القادمة. إذا استمر أداء الموظف في التحسن، فمن المفضل أن يجتمع المدير مجددًا مع الموظف بعد أسبوعين من تاريخ اجتماع المتابعة حتى يخبر الموظف بنقطة أخرى تحتاج إلى الاهتمام والتطوير. وبعد ذلك عليك تحديد عدد من الطرق لتحسين أداء الموظف ومعالجة أوجه القصور بأدائه، وحدد موعداً آخر لإخباره بها. باختصار فإن أوجه القصور الأخرى لا يتم تجاهلها، ولكنها تؤجل مؤقتًا.

مشكلات التقييم

بغض النظر عن أنواع التقييمات المستخدمة، فإن هناك عدداً من المشكلات التي قد تقلل من دقة تقييم الأداء ومنها: خطأ التساهل، و خطأ الحداثة، وخطأ الهالة المحيطة، وغموض معايير التقييم، ومشكلات التعليقات المكتوبة، فهذه الأخطاء تقلل من درجة الانتفاع بتقييم الأداء.

خطأ التساهل

يميل المديرون إلى زيادة درجات وتقييمات موظفيهم. هذا ما يسمى **بخطأ التساهل**. مثلاً، قد يعطي المدير كل موظفيه تقييماً أعلى من المتوسط. بالرغم من أنه توجد أسباب كثيرة لخطأ التساهل (مثل أن المدير يريد أن يحبه موظفوه، أو أن المدير لا يستطيع إعطاء الفرد درجات منخفضة) إلا أن هذه

الأسباب لا تقلل من المشكلات التي قد تقع فيها المؤسسة والمدير. فإذا تم إعطاء موظف متوسط تقييماً مرتفعاً، فإنه سيصعب بعد ذلك اتخاذ إجراءات تصحيحية لهذا الموظف كالعقاب.

كما قد تحبط الدرجات المتساهلة عزيمة الموظفين المتفوقين، لأن درجاتهم العالية قد أعطيت لهم دون تساهل مثل الآخرين. فعند حدوث خطأ التساهل سيتساوى الموظفون الممتازون مع أقرانهم غير المتفوقين، وهو ما يقلل من تفوق هؤلاء الموظفين، ولهذا يرحب الموظفون الضعفاء بخطأ التساهل ، بينما يرفضه المتفوقون.

خطأ الحداثة

ومن أكبر مشكلات أنظمة التقييم المدة الزمنية لتقييم الأداء، فمعظم المؤسسات تتبع نظاماً تقييمياً يستغرق اثني عشر شهرًا. فمن الصعب تقييم أداء الموظف خلال هذه الفترة الطويلة خاصة إذا كان المدير يقيم اثنين من الموظفين أو ثلاثة . غالباً ما يتذكر المدير السلوكيات التي وقعت حديثًا وينسى الأحداث القديمة، ولهذا فإن تقييم الأداء يعكس الأداء الأخير للموظف بدلاً من أن يعكس الأداء طوال فترة التقييم. هذه المشكلة تسمى بخطأ الحداثة، وقد يترتب عليها مشكلات قانونية وتحفيزية.

شيلبي ميلر، ممرضة مسجلة تم نقلها من وحدة طبية إلى وحدة القياس منذ ٩ أشهر. في العموم، فإن أداء شيلبي جيد، وهي عضو فريق ممتاز. وأخبرت إحدى عضوات الفريق مديرة التمريض لوسيندا اموس في مناسبتين مختلفتين أن أداء شيلبي متميز، وقياساتها سريعة ودقيقة. في الأسبوع الماضي، لم تقرأ شيلبي أوامر الطبيب بطريقة جيدة، وهو ما ترتب عليه عدم قيامها بإدارة أدوية ما قبل عملية أحد المرضى كما كان مطلوباً منها. تم تأخير العملية بسبب ذلك، وحدثت تأخيرات جراحية أخرى بعد ذلك. كان الطبيب مستاءً من ذلك، وأخبر لوسيندا ومدير تمريض قسم أمراض القلب بذلك. في التقييم السنوي، أعطت لوسيندا تقييماً أقل من المتوسط في رعاية المرضى لشيلبي.

قانونياً إذا وضح موظف مستاء أن التقييم الذي يعكس أداءه طوال ١٢ شهرًا قد عكس فقط أداءه طوال شهرين أو ثلاثة أشهر، فإن المؤسسة لن تتمكن من الدفاع عن فاعلية نظام تقييمها. وفيما يتعلق بالحافز، فإن خطأ الحداثة يعطي انطباعاً لدى الممرضين بأن يحسنوا الأداء فقط في الأشهر القليلة

السابقة لموعد إجراء التقييم السنوي. في هذه الحالات يكون الموظف متحفزاً جدًا للعمل قبل موعد التقييم (قد يطلب من المدير مزيدًا من العمل) ولكن بعد الانتهاء من التقييم سيقل حافزه للعمل.

ويفيد خطأ الحداثة الموظفين الضعفاء فقط كخطأ التساهل، فسيحصل المرضون الأكفاء الذين يعملون بجد طوال العام على درجات متقاربة مع الممرضين المتوسطين الذين يحسنون العمل في الشهور الأخيرة قبل إعداد التقييم. ولحسن الحظ فإن تدوين الحوادث الحرجة طوال العام ستقلل من خطا الحداثة.

خطأ الهالة المحيطة

أحيانًا يفشل المشرف في التفرقة بين أبعاد الأداء المختلفة (مثل العمليات التمريضية، ومهارات التواصل) فيعطي تقييماً كلياً على أداء الممرض، سواء كان سلبياً أو إيجابياً وفقًا لانطباع المشرف عن هذا الممرض. لهذا يقيم بعض الموظفين بفوق المتوسط في كل الأبعاد، والآخرون يحصلون على تقييم متوسط، ويحصل قليلون على تقييم أقل من المتوسط في كل الأبعاد. هذا الخطأ يسمى **بخطأ الهالة المحيطة**.

إذا كان الممرض ممتازاً أو متوسطاً أو ضعيفاً في كل الأبعاد فإنه يستحق هذا التقييم الكلي، ولكن في الأغلب يكون الممرض قوياً في بعض الأبعاد وضعيفاً في أبعاد أخرى، لهذا لا يجب أن يمنح الموظف نفس التقييم في كل أبعاد الأداء. بالرغم من أن خطأ الهالة المحيطة أقل شيوعًا في الحدوث ولا يسبب نفس القدر من المشاكل كخطأ الحداثة ، أو خطأ التساهل إلا أنه يظل يسبب عدم دقة في تقييم الأداء.

معايير التقييم المبهمة

أغلب التقييمات تستخدم مقاييس مثل: "أداء رائع"، "أداء فوق المتوقع"، "أداء مرضٍ"، "يحتاج إلى تحسين". ولكن الممرضين يربطون هذه المقاييس والكلمات بمعانٍ مختلفة عما هو مفروض، وهذا يسمى **بالمعايير المبهمة**.

إحدى المؤسسات تعاملت مع هذه المشكلة من خلال تعريف مستوى المهارة، وربطتها بمعيار التقييم مثل: "أداء متخطٍ للتوقعات"، "أداء متساوٍ مع التوقعات"، و"أداء يحتاج إلى تحسين" (Schoessler *et al.*, 2008). واستخدم القادة هذه الجمل للتعبير عن المعايير المقبولة . هناك أسلوب

آخر لحل المشكلة وهو تصميم استمارات تقييم أداء يذكر أمام كل درجة (ممتاز أو مرضٍ) كمثال للسلوك الذي يعبر عن هذا المستوى من الأداء.

مشكلة التعليقات المكتوبة

أغلب استمارات التقييم تترك مجالاً فارغًا للتعليقات التي يريد المدير كتابتها. المدير الحكيم يستخدم هذه الفراغات ليذكر أسباب قيامه بإعطاء هذه الدرجات للموظف، ويحدد النقاط التي تحتاج إلى تطوير، ويذكر أمثلة لسلوك الموظف (بالرغم من أن فترة التقييم تستغرق اثني عشر شهرًا إلا أن المدير يذكر فقط السلوكيات التي حدثت خلال ثلاثة الأشهر الأخيرة)، أو قد يذكر المدير احتمال ترقية الموظف. للأسف، فإن عدداً محدوداً من الممرضين يستخدمون هذه الفراغات بطريقة صحيحة، فكثير منهم يترك هذه الفراغات. أيضًا، فإن التعليقات المكتوبة قد تكون قليلة أو عامة (مثل ذكر إن "جون يجد في عمله")، أو قد تذكر التعليقات السلوكيات السلبية فقط أو تلك السلوكيات التي حدثت في الأشهر الأخيرة قبل إعداد التقييم.

داون ستانلي هي ممرضة مسجلة، وتدير قسم العمليات التمريضية بأحد المراكز. انتقل مساعدان حاصلان على شهادة إلى مركزها من إحدى المؤسسات التابعة لنظام الرعاية الصحية الذي تعمل فيه. عانى المساعدان ليحققا أداء متساوياً لتوقعات المؤسسة خلال التسعين يومًا الأولى لعملهما بالمركز. في أثناء قيام داون بإعداد التقييم السنوي حاولت مراجعة التقييمات السابقة للمساعدين لأنهما منقولان حديثًا وهي لا تعرف ما النقاط التي يحتاجان إلى تطويرها أو تحسينها. وجدت داون أن المساعدين قد حصلا على تقييم متوسط، ولكنها لم تجد أي تعليقات على أدائهما ، وهو ما جعل عملية تقييم أداء عملهما في الفترة الوجيزة التي عملا فيها بالمركز صعبة.

إن مشكلات التعليقات لا يجب أن تكون أمرًا مفاجئًا. أغلب المديرين ينتظرون حتى نهاية فترة التقييم حتى يكتبوا تعليقاتهم، وتعد هذه العملية شاقة ومستغرقة للوقت بالنسبة لهم، ولهذا فإن التعليقات تميل إلى أن تكون سلبية، وتعكس الأحداث الأخيرة، وغامضة. ولحسن الحظ، فإن عملية كتابة الملاحظات بشكل مستمر يقلل من هذا الخطأ.

تحسين دقة التقييم

لكي يحقق المدير والموظف أعلى فائدة من عملية التقييم، يجب أن يعكس التقييم كل أبعاد الأداء، ويكون خاليا من الأخطاء. ولأنه من المستحيل الوصول إلى الدقة الكاملة في عملية تقييم الأداء، إلا أنه يوجد عدد من الطرق التي تحسن إلى درجة كبيرة من دقة التقييمات.

قدرات المقيّم

ليكون التقييم دقيقًا يجب استخدام الوصف الوظيفي، ومؤشرات مستوى المهارة والكفاءة لتعريف السلوكيات المطلوبة، ثم تتم ملاحظة أداء الموظف طوال فترة التقييم وتذكرها، والتعرف على الطريقة الصحيحة لملء استمارات التقييم. وتقل قدرة المدير على تقييم الموظف بدقة إذا انعدم أحد الأشياء السابق ذكرها.

لحسن الحظ، يمكن تحسين قدرة المدير على تقييم الموظف. تستطيع المؤسسة أن تصمم بطاقات وصف وظيفية دقيقة، ومؤشرات لمستوى المهارة والكفاءة. ويجب أن تمنح فرصاً أكثر لمراقبة أداء الموظف بصورة مباشرة، أو غير مباشرة. مثلاً، قد يقدم المشرفون الآخرون معلومات عن أداء الموظف عندما لا يكون المشرف المسؤول متواجدًا. قد يتم تعليم المديرين كيفية كتابة الملاحظات على أداء الموظف حتى يستطيع تذكر أدائه. ويمكن تعليم المديرين كيفية استخدام استمارات التقييم بالشكل الصحيح عن طريق التدريب الرسمي.

تساعد برامج التدريب الرسمية في زيادة قدرة المشرف على تقييم أداء موظفيه، وذلك عن طريق تعريف أنواع الأخطاء التي قد تقلل من دقة التقييم (فمن المفترض أن زيادة الوعي ستقلل من هذه الأخطاء) وتحسين مهارات المراقبة لدى المشرفين، وتحسين مهارة إجراء مقابلات تقييم الأداء.

سايمون هرتادو، مديرة فريق خدمات رعاية الأطفال بالمنزل. في السنوات السابقة، عانت سايمون من تقييم أداء موظفيها. لأن خدمات الرعاية تقدم في المنازل، اعتمدت سايمون على آراء العملاء عن أداء الموظفين ومراجعة تقارير الموظفين حول الحالات التي يتسلمونها في إعداد تقييم أداء الموظفين. مؤخرًا حضرت سايمون ورشة عمل لإعداد تقييم الأداء. باستخدام الإستراتيجيات التي تم شرحها في ورشة العمل قامت سايمون هي وزملاؤها بإعداد جداول لمراقبة أداء الموظفين.

فستتم مراقبة كل موظف بشكل عشوائي من قبل مديري الفرق كل ٦ - ٨ أسابيع في منازل العملاء. بالإضافة لذلك، سيطلب من الموظفين أن يجروا أداء ذاتياً لأنفسهم، وتقييماً لزملائهم الذين يعملون معهم. كما أنشأت سايمون نظاماً لتجميع تقارير أداء الموظفين بشكل مستمر.

حافز المقيّم

لدى المديرين كثير من المهام التي يجب أن يؤدوها فورياً. وليس من المفاجئ أن يقوم المديرون بتأجيل إعداد تقييم الأداء حتى آخر لحظة. أيضًا فإن كثيراً من المديرين يقللون من قدر تقييمات الأداء، والبعض الآخر يشككون في أهمية إعدادها. هذا بالتأكيد أمر طبيعي إذا تلقى جميع المديرين نفس الزيادة في المرتب، وليس بناء على أدائهم. لهذا، يجب مكافأة المديرين على أدائهم إذا رغبت المؤسسة في جعلهم يقومون بعمليات تقييم الأداء بشكل صحيح. مدير التمريض يقضي وقتاً قليلاً في إعداد تقييمات الأداء لعدد من الأسباب، هي:

١. المؤسسة لا تكافئ الشخص الذي يؤدي عمله جيدًا.

٢. المشرف على أداء المدير يقضي وقتًا قليلاً لتقييم أداء المدير نفسه (وهو ما يعطي انطباعاً بأن التقييم غير مهم).

٣. إذا أعطى المدير تقييمًا منخفضًا لأحد الموظفين قد يقوم المشرف على المدير بتغيير هذا التقييم ويرفعه.

باختصار فإن كثيراً من مؤسسات الرعاية الصحية تقلل من حافز إعداد تقييم الأداء بدلاً من رفعه. من الأسباب السابق ذكرها، تستطيع المؤسسة أن تعزز من حافز إعداد التقييمات وذلك عن طريق الآتي:

١. يجب مكافأة المدير لأداء عمله وإعداده لتقييم الأداء بما يرضي ضميره.

٢. يجب أن يكون المشرف على المدير نموذجًا للمدير في عملية إعداد تقييم الأداء.

٣. يجب أن يستطيع المدير مكافأة الموظفين الممتازين الذي يعملون لديه.

وتزيد أهمية التقييمات عندما تستخدمها المؤسسة كأساس لتقديم تعويضات أو مكافآت بناء على الإنتاجية. حتى تستفيد المؤسسة والموظفون من عملية تقييم الأداء يجب ألا تعمم زيادة المرتب

على كل العاملين، وألا يتوقف خروج الموظفين من المؤسسة على بلوغ سن المعاش فقط، وأن تربط الترقيات بالأداء السابق للموظف. توضح دراسة الحالة (١٨-١) كيف قام المدير باستخدام تقييم الأداء في مساعدة موظف لديه والمؤسسة في نفس الوقت.

دراسة الحالة (١٨-١). تقييم الموظفين.

تعمل بريندا تيس مديرة تمريض في وحدة الرعاية الحرجة بأحد المستشفيات المحلية لمدة ستة أشهر. نادرًا ما تخلو مناصب عمل جديدة للموظفين، ويبلغ متوسط خبرة الممرض العامل في الوحدة اثني عشر عامًا. وكانت بريندا تعمل منذ عشرة أعوام في الوحدة حتى ترقت لتصبح مديرة تمريض.

لوري كوك تعمل كممرضة مسجلة في الوردية الصباحية بالوحدة منذ ١٨ شهرًا. لوري ذات شخصية مرحة وتسعى دائمًا لإسعاد مرضاها وزملائها، ولكنها تستغرق وقتاً طويلاً لإكمال تقاريرها، وتعتمد على مساعدة زملائها في أداء العمل، ولديها ثقة منخفضة بالذات في التعامل مع الحالات الحرجة والمعقدة بالوحدة. بالرغم من أن زملاء لورى يساعدونها ويدعمونها، إلا أنهم يعرفون حدودها في أداء العمل. وقد اشتكى كثير من الممرضين من أنهم يتحملون مسؤولية الحالات المعقدة بينما لورى تحصل على الحالات السهلة نسبيًا.

ناقش بريندا الأمر مع لورى. بريندا أخبرت لوري بأنها ستحاول حل المشكلة عن طريق وضع خطة لتطوير أدائها حتى تكون متساوية مع معايير أداء منصبها. طلبت بريندا من لورى أن تحضر برامج تدريبية مصممة خصيصًا لمرضي الرعاية الحرجة، وجعلت الممرضين المحترفين يرشدون لورى إلى كيفية مساعدة الحالات المعقدة، كما أعطتها كتباً لتحسين مهاراتها الإكلينيكية. وعرضت بريندا تقييمات الأداء السابقة للورى. وأوضحت بريندا أن لورى حصلت على درجات عالية في الحضور والمهارات الشخصية ولكن مهاراتها الإكلينيكية كانت ضعيفة في التقييم. ولاحظت بريندا أن أداء لورى في المهارات الإكلينيكية لم يتحسن خلال ثلاثة تقييمات للأداء تمت خلال الاثني عشر شهرًا السابقة.

كما لاحظت بريندا أن لورى حصلت على تقرير حادثة حرجة، حيث قامت بالانهيار والبكاء في أثناء معالجة أحد المرضى فطلب الأطباء منها ترك الغرفة، ولهذا قررت بريندا أنه بالرغم من أن لورى لديها مهارات إيجابية كثيرة إلا أنها لا تصلح للعمل بمفردها في وحدة الرعاية الحرجة. قدمت برندا خطة تطوير لأداء لورى، ثم قدمت لها تحذيرًا، ثم تحدثت معها بشأن عدم صلاحيتها للعمل في وحدة الرعاية الحرجة. بعد أن تحدثت بريندا مع مسؤول الموارد البشرية حول إمكانية نقل لورى، حددت برندا موعداً لمقابلة لورى لمناقشة أدائها. شاركت بريندا لورى مخاوفها بشان عدم قدرتها على أداء مهام وحدة الرعاية الحرجة، وطلبت منها أن تقبل النقل في وحدة أخرى بالمستشفى تتناسب مع مهاراتها خلال ثلاثين يومًا. قررت لورى التقدم إلى منصب بوحدة الرعاية النفسية للمسنين.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

- معرفة عملية تقييم الأداء وأدواتها التي يقرها المستشفى.
- إخبار الموظفين بصدق وعلى أساس مستمر بتعليقات الأداء الخاصة بهم.
- التواصل مع مسؤولي الموارد البشرية إذا استمر القصور في الأداء.
- تسجيل كل مشكلات الأداء بشكل دقيق ومستمر.
- تحديد أثر الموظفين الضعفاء على إنتاجية وروح عمل الفريق.
- اتخاذ قرارات التوظيف بشكل مستمر.

قواعد رئيسة

غالباً لن تنفع الأفكار السابق شرحها ٥٪ من الموظفين لأسباب غير معروفة. ولهذا فإن الجزء التالي يقدم عدداً من القواعد المنبثقة من الخبرة العملية في مجال تقييم الأداء وهي كالآتي:

١. استخدام أبعاد أخرى غير موجودة في استمارة تقييم الأداء: غالباً ما يبرر المديرون عملهم السيئ في الإشراف وتقييم الموظفين بسبب الاستمارات غير المصممة جيدًا. بغض النظر عن الاستمارات غير الكاملة، على المديرين أن يستخدموا أبعاداً أخرى لتقييم الموظفين. يمكن أن يركزوا على سلوك الموظفين، حتى وإن كانت الاستمارة غير شاملة لتقييم السلوك. يمكن أن يضع المديرون عدداً من الأهداف، ويستخدموا الحوادث الحرجة. باختصار، على المديرين أن يبذلوا أقصى ما في وسعهم لإدارة عملية تقييم الأداء، ويجب ألا يدعوا الاستمارات الناقصة تقيد عملهم.

٢. تأجيل مقابلة تقييم الأداء إذا تطلب الأمر: بمجرد البدء في عملية المقابلة، يعتقد بأن المقابلات يجب أن تنتهي في الوقت المقرر لها بالانتهاء. حتى وإن كانت لا تسير بشكل جيد. ينسى المديرون الهدف الرئيس لعملية المقابلات وهو تحسين أداء الموظفين في العام المقبل، وليس فقط الحصول على توقيع الموظف على تقييم الأداء. ولهذا إذا كانت المقابلة لا تسير بشكل جيد يجب على المدير أن يؤجلها لوقت آخر. هذا التأجيل يسمح للمدير والموظف بأن يحددوا أسباب فشل المقابلة بهدوء وتأنٍ.

يجب ألا يلقي المدير اللوم على الموظف في فشل المقابلة، فلا يجب أن يقول: "إذا كنت ستتصرف كالأطفال سأقوم بتأجيل المقابلة"، ولكن يجب أن يكون السبب إيجابياً مثل : "هذه المقابلة لا تجري كما كنت آمل، لهذا سيتم تأجيلها لوقت آخر حتى نتمكن من جمع مزيد من الأفكار". أغلب المديرين أكدوا أن المقابلة الثانية اجريت بشكل أفضل بعد تأجيلها بعد يومين من الموعد الأصلي.

٣. لا تخف من تغيير الدرجات غير الدقيقة: كثير من المديرين يسألون إذا كان بإمكانهم تغيير الدرجات التي أعطوها للموظفين إذا اعترضوا عليها. فيخشى المديرون من تغيير الدرجات حتى لا يعترفوا بخطئهم . كما أنهم أيضًا يخافون من أن تغيير الدرجات لن يعجب الموظفين الذين سيعترضون عليه مجدداً إذا كانت غير دقيقة، ولكن لا تقم بذلك في أثناء مقابلة تقييم الأداء، إذا اعترض أحد الموظفين على درجته وكان مصيبًا في هذا الاعتراض يجب على المدير أن يخبره بأنه يحتاج إلى بعض الوقت لإعادة التفكير في الأمر.

والهدف من هذه القاعدة هو: إذا كان المدير دقيقاً في تقييم الأداء فإن الدرجات غير الصحيحة ستقل. ولكن لا أحد كامل، وأحيانا يخطئ المديرون. عندما يحدث الخطأ يجب على المدير إصلاحه. أغلب الموظفين يحترمون المدير الذي يعترف بخطئه ويقوم بتصحيحه. وعن طريق توفير الوقت اللازم لإعادة التفكير في الدرجات يقوم المدير بتفادي اتخاذ قرارات متسرعة.

يساهم التقييم الدقيق لأداء الموظف في تحسين وتطوير الموظف، وتحسين الرضا الوظيفي، ويعزز من معنويات الموظف. وتعد مهمة تقييم الموظفين من أهم الأنشطة التي قد يقوم بها المدير.

الخلاصة:

١. تقييم الأداء من أكثر الأنشطة صعوبة وأهمية ويجب أداؤها.

٢. تعد تقييمات الأداء الدقيقة هي أساس القرارات الإدارية (مثل زيادة المرتب والترقيات) والتطوير الوظيفي.

٣. قد تكون أنظمة التقييم منصبة على النتائج أو السلوك.

٤. يجب أن تبنى معايير التقييم على أسس معينه مثل : بطاقات الوصف الوظيفي، و مؤشرات المهارة والكفاءة، والتقييمات السابقة للأداء.

٥. لتعزيز دقة تقييم الأداء على المدير أن يسجل الحوادث الحرجة طوال فترة التقييم.

٦. التقييم الذاتي، ومراجعة النظراء، وتقييم المجموعة، وتقييم المدير أحد نماذج جمع أدلة الأداء.

٧. لتحسين نتائج مقابلة تقييم الأداء يجب على المدير أن يتبع معايير معينة.

٨. من مشكلات تقييم الأداء خطأ التساهل، والحداثة، والهالة المحيطة، والمعايير المبهمة، والتعليقات غير الكافية.

٩. تزيد قدرات المدير في تحسين تقييم الأداء عند تقديم تدريب رسمي لهم وتقديم نموذج إيجابي عن مشرفيهم.

أدوات تقييم الأداء:

١. تعرف على عملية تقييم الأداء التي تتبعها المؤسسة.

٢. التعرف على أدوات التقييم المستخدمة.

٣. تعلم استخدام الحوادث الحرجة وذكر السلوكيات الإيجابية وتحديد نقاط التطوير.

٤. كن منتبهًا لاحتمال حدوث أخطاء في أثناء عملية التقييم.

٥. استخدم الإستراتيجيات التي تم اقتراحها في الفصل عند الاستعداد لإجراء مقابلة تقييم الأداء.

٦. اتبع السلوكيات والمعايير السابق ذكرها لإجراء مقابلة تقييم الأداء.

التقويم :

١. ما أسلوب التقييم المتبع في المؤسسة أو الوحدة التي تعمل بها؟ إذا لم تعلمها، اكتشفها وناقشها مع زملائك.

٢. إذا تم تقييمك من قبل في المختبر، أوفي نموذج المحاكاة، أوفي المؤسسة، فما التقييم الأفضل في التعبير عن مهاراتك؟

٣. ما الأبعاد التي يتم تقييمها في مؤسستك؟ هل هي مناسبة؟

٤. ما أنواع التقييمات المتبعة في تقييم أدائك؟ هل تعبر بشكل أفضل عن أدائك؟ ما الذي تقترحه لتطويره؟

٥. إذا تم تقييمك من قبل، هل اتبع مديرك النقاط السابق شرحها في الفصل؟ ما مقترحاتك؟
٦. هل قمت بتقييم أحد ما من قبل؟ هل اتبعت المقترحات السابق ذكرها في الفصل؟

المراجع

Davis, K. K., Capozzoli, J., & Parks, J. (2009). Implementing peer review: Guidelines for managers and staff. *Nursing Administration Quarterly, 33*(3), 251–257.

Joint Commission. (2011). Comprehensive accreditation manual for hospitals: The official handbook. Retrieved July 28, 2011 from http://www.jcrinc.com/Accreditation-Manuals/PCAH11/2130/

Schoessler, M. T., Aneshansley, P., Baffaro, C., Castellan, T., Goins, L., Largaespada, E., Payne, R., & Stinson, D. (2008). The performance appraisal as a developmental tool. *Journal for Nurses in Staff Development, 24*(3), E12–E18.

Topjian, D. F., Buck, T., & Kozlowski, R. (2009). Employee performance? For the good of all. *Nursing Management, 40*(4), 24–29.

الفصل التاسع عشر

التوجيه والمعاقبة وإنهاء الخدمة

التوجيه اليومي

التوجيه الإيجابي

التعامل مع المخالفين

معاقبة الموظفين

إنهاء خدمات الموظفين

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. كيفية توجيه الموظفين.

٢. التعرف على التوجيه الإيجابي.

٣. كيفية مواجهة الموظف الذي يخالف سياسة المؤسسة.

٤. كيفية معاقبة الموظف.

٥. كيفية إنهاء خدمة الموظف.

من أكثر التحديات التي تواجه المديرين كيفية التصرف مع الموظفين غير القادرين على تحقيق توقعات المؤسسة. غالباً ما يتجاهل المديرون المشكلة، ويأملون بأن تختفي، ولكن نادرًا ما يحدث هذا. بدلاً من ذلك، على المدير أن يتعلم كيف يتعامل مع هذه المشكلات.

التوجيه اليومي

التوجيه هو عملية المساعدة اليومية للموظفين بغرض تحسين أدائهم، ويعد من أهم الأدوات التي يستخدمها مديرو التمريض. ولكن بالرغم من ذلك فإن التوجيه من أصعب المهام التي قد تقوم بها الإدارة ، وغالباً ما يتم إهمالها. ويشمل التوجيه احتياجات تطوير طاقم العمل، ومهارات اتخاذ القرارات، وحل المشكلات، والتفكير التحليلي، والاستماع، والتحفيز، والمراقبة، والتواصل. ويحول التدخل الفوري لحل مشكلات الأداء على أساس يومي دون تحول المشكلات الصغيرة إلى مشكلات كبيرة. ويجب أن يتم التوجيه أيضًا في حالات الأداء المتوسط، وذلك طالما هناك احتمال بتحسن هذا الأداء.

والهدف من عملية التوجيه هو إزالة أو تحسين مشكلات الأداء، وبالرغم من ذلك فإن عدداً محدوداً من الممرضين يستطيعون أداء مهمة التوجيه وغالباً ما يترددون في مواجهة مشكلات الموظفين. وبمجرد ظهور مشكلة صغيرة فإنه من الأفضل أن يتم توجيه الموظفين، لأن التوجيه يوفر الوقت، ويحول دون انخفاض معنويات الموظفين، ويجنب اتخاذ بعض القرارات الصعبة كالعقاب أو إنهاء الخدمة(Palermo، 2007). بالإضافة لذلك فإن التوجيه المستمر والمناسب يساعد على إبقاء المؤسسة على موظفيها، وتقليل نسب استقالة الموظفين (Stedman & Nolan، 2007). (الفصل العشرون)

من أمثلة المشكلات التي يستطيع التوجيه حلها ما يلي : التسجيل غير الصحيح للتقارير، وزيادة أيام الغياب، وإجراء اتصالات شخصية في أثناء العمل، أو المراسلة الزائدة عن الحد في أثناء العمل. قبل البدء بالتوجيه على مدير التمريض أن يستعد أولاً للتفاعل مع الموظفين، ويتوقع مدى استجابة الموظفين للتوجيه (كأن يقول بعض الموظفين: "الجميع يرد على المكالمات الشخصية") وذلك بغرض تحديد الردود المناسبة التي يجب أن يقولها (كأن يقول المدير: "أنا هنا للحديث عن عدد المكالمات الشخصية التي ترد عليها في أثناء العمل"). غالباً لا تستغرق جلسات التوجيه أكثر من خمس أو عشر دقائق. وتعد خطوات التوجيه الناجح كالآتي:

١. صغ مستويات الأداء المطلوب تحقيقها في شكل سلوكي: "منذ يومين، لم تكمل جزء التقييم الطبي بتقاريرك".

٢. اربط المشكلة بالعواقب المتحققة على رعاية المريض، أو على المؤسسة، أو على المستوى الشخصي: "لن يستطيع الممرضون والأطباء تحديد إذا كانت حالة المريض تتغير أم لا، ومن ثم يصعب تحديد العلاج المناسب له. وتعد التقييمات الطبية من أساسيات الممارسة الطبية بالوحدة. وقد يكون الفشل في تسجيل هذه التقارير أحد أسباب وقوع مشاكل قانونية، وذلك لأنه إذا رفع أحد المرضى دعوى قضائية على المستشفى لن تتمكن من إثبات حالته لأنه لا توجد تقارير. بالرغم من أهمية هذه الخطوة إلا أنه يتم تجاهلها في التوجيه لأنه من المؤكد أن الموظف ليس على علم بأن هذا السلوك سيكون سببًا في مشكلة ما. وحتى يستجيب الموظفون بالطريقة التي تريدها المؤسسة، يجب أولاً أن يتفهموا أهمية السلوك الذي يقومون به ، وتتم مكافأتهم على تحسين سلوكياتهم. يجب تجنب استخدام لهجة التهديد كأن تقول: "إذا أردت البقاء في هذه الوحدة عليك أن تكتب تقاريرك". هذا التهديد يجعل الموظف يتخذ سلوكاً دفاعياً، ويصبح أقل استجابة لتغيير هذا السلوك.

٣. بمجرد أن توضح المشكلة المترتبة على السلوك، لا تتسرع في إنهاء التوجيه ولكن ابدأ باكتشاف أسباب المشكلة مع الموظف: استمع إلى ما يقوله الموظف عن المشكلة وأسبابها. إذا كانت المشكلة هي الجهل ، مثل عدم اهتمام المؤسسة بتعريف الموظفين بمعايير كتابة التقارير والأداء، قم بشرح معايير السلوك المناسب ثم أنهِ جلسة التوجيه.

٤. اسأل الموظف عن مقترحاته وناقشه في أفكاره عن كيفية حل المشكلة: في كثير من الأحيان يكون الموظف هو الشخص الأفضل الذي يعرف كيف يحل المشكلة والأكثر قدرة على الالتزام بتنفيذ هذا الحل إذا كان ذلك الأمر في يده. من الأفضل تشجيع الموظفين على حل مشكلاتهم، ولكن هذا لا يعني أن المديرين لا يستطيعون الإضافة على هذه المقترحات. من الضروري أن يستمع المدير إلى الموظف بانفتاح حتى يفهم رؤية الموظف وتصوره.

٥. إلى أي درجة يجب أن تكون جلسة التوجيه رسمية؟ إذا كانت المشكلة صغيرة وتحدث لأول مرة، يمكنك أن تحدد ببساطة طرق حل المشكلة مع الموظف ثم تنهي الجلسة. في أغلب الأحيان يجب أن تتفق مع الموظف حول الخطوات السلوكية التي سوف يتخذها كلاكما لحل هذه المشكلة: دوّن هذه الخطوات لتعود إليها مرة أخرى عند الحاجة.

٦. حدد موعداً آخر للمتابعة، وقدم في هذا الاجتماع تعليقاتك على أداء الموظف: من الممكن أن يربط الموظف أسباب مشكلات العمل بمشكلاته الشخصية. في هذه الحالة قد تتحول جلسة التوجيه إلى جلسة استشارة نفسية. عندما يبدأ الموظف في سرد مشاكله الشخصية على مدير التمريض أن يحول الحديث إلى رغبته للعمل مع الموظف على مساعدته في حل مشكلاته. غالباً لن يكون المديرون هم المصدر الرئيس لمساعدة الموظفين، ولكنهم قد يجدون بدائل أخرى لحل المشكلات الشخصية كإلحاق الممرض في برنامج مساعدة العاملين. لا تدخل نفسك في مشاكل شخصية محتملة (كأن تسأل: هل هناك مشكلات تحدث في منزلك علي أن أعرفها؟) إلا إذا بدأ الموظف بسرد هذه المشكلات أولاً. الحياة الشخصية للموظف لا يجب أن تكون من اهتمامات المدير.

التوجيه الإيجابي

يعد التوجيه إحدى إستراتيجيات حل مشكلات الأداء كما ناقشنا من قبل، ولكنه يعد أيضًا إحدى أدوات تعزيز السلوكيات الإيجابية (Karsten *et al.*, 2010). في الواقع، تعد السلوكيات السلبية أكثر شيوعًا من الإيجابية (Huseman, 2009) . أيضًا، يعد التوجيه أداة لتطوير القادة.

وقد وجد أن التوجيه يساعد القادة على أن يصبحوا أكثر ثقة في أنفسهم وأكثر كفاءة، كما يحسن من أداء موظفيهم (McDermott & Levenson, 2007; McNally & Lukens,2007). حاليًا تعد عملية توجيه القادة أمراً ضرورياً خاصة في أوقات التغيير، ولكن في الماضي كان ينظر إلى استخدام موجه ما لمساعدة القائد أمراً تأديبياً له (Karsten *et al.*, 2010). غالباً ما يستخدم المديرون بالمستويات الإدارية العليا الموجهين لمساعدة الطاقم الإداري . يعد تعيين موجهين إداريين إحدى أدوات التخطيط المتتابع (McNally & Lukens, 2006).

ويمكن أن يحدث التوجيه القيادي (Leadership coaching) بين القادة والموجهين، أوبين المجموعات ذات الاحتياجات المتشابهة التي تشترك في جلسات التوجيه، أوبين الفرد والمجموعة. هذا النوع من أنواع التوجيه يركز على النتائج، ويهدف إلى مساعدة المشاركين فيه ليصبحوا أكثر مسؤولية ووعياً وقدرة على تنفيذ أهداف المؤسسة (McNally & Lukens, 2006).

التعامل مع المخالفين

مثل التوجيه اليومي، يجب على المدير أن يستعد لمواجهة الموظف الذي يخالف سياسات المؤسسة. ويعد نمط القيادة هو المحدد لأسلوب أداء الموظف، فهو يحدد إذا كان من الأفضل إجبار الموظف على تأدية ما يطلب منه أو ترويج فكرة أن الموظف يعد عضواً مهماً في فريق العمل. وتعد خطوات المواجهة متماثلة مع خطوات التوجيه ويذكر الصندوق (١٩-١) هذه الخطوات.

صندوق (١٩-١). خطوات المواجهة.

١. الاستعداد قبل مواجهة المخالف.

هل الموظف على علم بالسياسات والإجراءات؟

ما السلوك السلبي؟

هل يتم إجبار الموظف باستمرار للقيام بهذه السياسات أو الإجراءات؟

ما رد فعل الموظف؟

٢. بدون مهاجمة الشخص المخالف، حاول وصف السلوك غير الصحيح الذي يقوم به هذا الموظف. اربط السلوك بعواقبه على المرضى والمنظمة والموظف.

"جاين، هل تعلمي أنه توجد سياسة تنظيمية تلزم الشخص الذي سيتغيب عن العمل على إخبار المدير ومشرف المستشفى بهذا قبل التغيب؟ نحن لم نقلق عليك فحسب بل أيضًا اضطررنا إلى تأجيل عمليات المريض لأننا لم يكن لدينا العدد الكافي من الممرضين لحضور هذه العملية."

٣. استمع إلى أسباب قيام الموظف بهذا السلوك.

"لماذا لم تخبري أحدًا عن غيابك"

٤. وضح لماذا لا يجب أن يستمر هذا السلوك في الظهور، واسأل الموظف عن مقترحاته لحل هذه المشكلة. إذا لم يقدم الموظف أية مقترحات قم أنت بالاقتراح. اتفق على خطوات محددة ينفذها كلاكما لحل المشكلة.

"في المستقبل عليك إخبار المدير والمشرف على أنكِ ستتغيبين عن العمل بوقت كافٍ. كيف ستخبرينهم بهذا إن لم يكن يتوافر لديك هاتف للاتصال بهم؟"

٥. حدد موعداً آخر للمتابعة.

"هل يمكنني مقابلتك مجددًا الشهر القادم لمراجعة ما تم فعله وتنفيذه من الخطة المتفق عليها؟"

أولاً: يجب على المدير أن يحدد إذا كان الموظف على علم بسياسات المؤسسة. على الموظف أن يتسلم معلومات عن سياسة المؤسسة في أثناء فترة التوجيه الأولى التي يحصل عليها في بداية تعيينه، ثم يحصل على كتيب للسياسات المعدلة التي توزع على الموظفين من قبل المؤسسة. من المهم التأكد من أن المؤسسة قد طبقت سياساتها من قبل أم لا. فإذا لم يتم تطبيق سياسات المؤسسة بشكل عادل على الجميع، فإن أي جهود لتغيير سلوك الفرد لن تكون ناجحة. من الأفضل تحديد السياسات والإجراءات التي يتقبلها أغلب الموظفين وتحديد الموظفين المحتاجين للإرشاد.

ثانيًا: صف السلوك المخالف للسياسات بطريقة تركز على نتائج هذا السلوك. يمكنك تجنب الحديث في المسائل الشخصية في أثناء الاجتماع من خلال التركيز على سلوك الموظف .

بعد توضيح السياسة التي تم انتهاكها، استخدم اللائحة الورقية الخاصة بهذه السياسة في توضيح أي استفسارات أخرى. مثلاً، إذا كانت السياسة التي تم انتهاكها تتعلق بضرورة أن يبلغ الممرض زميله الذي يتسلم الدورية بعده بالحالة الصحية للمريض ، وذلك قبل رحيل الممرض من المستشفى، يجب على المدير أن يكون معه نسخة لنص هذه السياسة.

الخطوة التالية هي التعرف على أسباب قيام الممرض بهذا السلوك (ما الذي منع الممرض من إخبار زميله بحالة المريض قبل تركه للمستشفى). أعط الوقت الكافي للموظف بأن يرد على هذه المواجهة ولكن يلزم الانتباه إلى ضرورة عدم التطرق إلى موضوعات غير مرتبطة بالموضوع الرئيس. في حالة التطرق إلى أحاديث غير مرتبطة بالموضوع، أعد تركيز الموظف إلى الموضوع، واقترح وقتاً آخر للتحدث عن هذه المواضيع الأخرى.

أكِد على أن الموظف لن يستطيع الاستمرار في مخالفة هذه السياسة. ويمكنك مناقشة عواقب هذا السلوك، ووفقًا للمثل السابق يمكن أن توضح أن المريض لن يتمكن من الحصول على الدواء المناسب، أو أن الممرض لن يتمكن من رعاية المريض.

بعد ذلك يمكنك البحث عن حلول بديلة تمنع حدوث هذا السلوك ونتائجه السلبية. اسأل الموظف عن مقترحاته لحل المشكلة، ثم ناقش هذه الاقتراحات بالتفصيل. قدم مساعدتك إذا كان يمكن ذلك. اتفق مع الموظف على الحلول والإجراءات. آخر خطوة هي تحديد موعد لمتابعة مدى التزام الموظف بالسياسات.

بالرغم من أنه من الصعب تتبع والتعامل مع كل المخالفات، إلا أنه يمكنك متابعتها بشكل منتظم. كثير من المخالفات تتطلب تدخلاً حاسماً ومبكراً، وهذه المخالفات يجب إدارتها فورًا وبشكل صريح.

معاقبة الموظفين

أغلب المديرين يخافون من معاقبة موظفيهم. ولكن هناك بعض المناسبات التي يكون فيها العقاب ضروريا (إذا تم مخالفة سياسة ما تهدد سلامة المريض).إلا أن كثيرًا من المديرين يترددون في معاقبة موظفيهم، وذلك لأسباب عديدة، منها:

١. غياب الدعم أو التدريب الإداري.
٢. تجاهل بعض السلوكيات غير المناسبة في السابق.
٣. تبرير الخطأ لتجنب المعاقبة.
٤. عدم معرفة كيفية معاقبة الموظفين.
٥. الخوف من رد الفعل السلبي للموظف (White, 2006).

يساهم تعلم أدوات المعاقبة الفعالة في تقليص مخاوف المدير وتحسين معنويات الموظفين. تذكر أن الهدف الرئيس من العقاب ليس معاقبة المذنب، ولكن تعليمه مهارات جديدة، وتشجيعه والآخرين على التصرف بشكل مناسب في المستقبل.

عندما يواجهك موقف يتطلب عقاباً، عليك أن تكون على اتصال مستمر مع قسم الموارد البشرية والإدارة. قبل اتخاذ أي إجراء عقابي عليك أولاً أن تناقشه مع هذين القسمين وتحصل على موافقتهما على هذا الإجراء. هذا التنسيق مع الإدارة يضمن أن العقاب قد تم وفق أسس عادلة، ويجنب حدوث المشاكل القانونية.

من أجل تأكيد العدالة، يجب مراجعة القواعد والقوانين بشكل واضح، وإنشاء نظام جزاءات تصاعدية، وترك فترة للطعن، وتحديد خطوات التظلم. يجب أن ينذر المدير الموظف الذي ستتم معاقبته بفترة ما، ومن المفضل أن تكون الإنذارات مكتوبة. ويوضح الصندوق (١٩-٢) عدداً من إرشادات العقاب الفعال.

الصندوق (١٩-٢). إرشادات العقاب الفعال.

١. وضح الحقائق قبل أن تتخذ إجراء عقابياً ما.
٢. لا تتخذ الإجراءات العقابية في أثناء انفعالك.
٣. لا تظهر بشكل مفاجئ اهتمامك بالقوانين وكيفية تطبيقها.
٤. لا تتخذ إجراءات عقابية متناقضة.
٥. اتخذ إجراء العقاب على انفراد مع الموظف المخطئ.
٦. وضح أسباب العقاب. وضح السلوك الصحيح.
٧. استمع إلى رواية الموظف المخطئ.
٨. لا تجعل العقاب شخصياً تجاه فرد ما.
٩. لا تتراجع عن قرار العقاب ما دمت مصيباً فيه.
١٠. أخبر قسم الموارد البشرية والإدارة بالإجراء الذي قمت به، ونتائجه، وأي تفاصيل مهمة.

يجب أن تكون الجزاءات تصاعدية. **الجزاءات التصاعدية** هي عبارة عن تحذيرات متصاعدة الحدة لحالات المخالفة المتكررة، وقد تصل الجزاءات إلى إنهاء العمل. يجب طرح الأسئلة الآتية:

- كم من مرة تم مخالفة قاعدة ما؟
- ما مدى خطورة المخالفة؟
- ما الفترة الزمنية بين كل عقاب يحصل عليه الموظف ؟ وما رد فعله على هذا العقاب؟
- ما تاريخ سلوك الموظف ؟

وتبدأ الجزاءات التصاعدية بتحذير شفهي (الصندوق ١٩-٣)، ثم تحذير كتابي (الصندوق ١٩-٤)، الإيقاف عن العمل، ثم إنهاء الخدمة.

الصندوق (١٩-٣). استمارة إنذار شفهي.

اسم الموظف:
تاريخ التحذير الشفهي:
القاعدة التي تم مخالفتها:
أي تبريرات أو توضيحات قدمها الموظف أو أي معلومات أخرى:

توقيع المشرف
التاريخ:

الصندوق (١٩-٤). استمارة إنذار كتابي.

اسم الموظف:

تاريخ التحذير الشفهي:

القاعدة التي تم مخالفتها:

أي محادثات سابقة بشأن المخالفة أو مشكلة في الأداء:

التغير المتوقع حدوثه في سلوك الموظف أو أدائه:

تعليقات الموظف:

تعليقات المشرف:

توقيع الموظف:

- أو -

طلب من الموظف توقيع هذا الإنذار في تاريخ لكنه رفض التوقيع.

توقيع المشرف:

التاريخ:

في حالات المخالفات البسيطة (مثل التدخين في منطقة غير مصرح بها)، قد تدرج العقوبات من التحذير الشفهي، إلى التحذير الكتابي الذي يلحق بملف الموظف، إلى الإيقاف عن العمل، إلى إنهاء الخدمة. في حالة حدوث مخالفات عظمى (مثل سرقة أحد الأجهزة)، يجب اتخاذ إجراءات عقابية حادة (مثل الإيقاف الفوري عن العمل).

يجب توثيق كل مرحلة من مراحل العقاب. بالإضافة لذلك يجب تصميم نظام للطعن والتظلم على الجزاءات المقررة، وذلك للتأكيد على أن العقاب يتم على أسس عادلة وصريحة. وتظهر دراسة الحالة (١٩-١) كيف عاقب مدير التمريض أحد أعضاء طاقم العمل.

دراسة الحالة (١٩-١). الجزاء التصاعدي.

كاتي كونورز مديرة تمريض بأحد مراكز الولادة بمستشفى كبير ينظم برامج تمريضية متعددة، حيث يتم استخدام وحدات رعاية المرضى كمحاضرة توجيه إكلينيكي. تم توكيل الممرضة المسجلة ناتالي كول بتعليم تلميذه تمريض تدعى امبر شرودر خلال فترات الوردية الصباحية. تولت ناتالي وامبر العمل مع المرضى في الوحدة. قامت إحدى المريضات بالتعبير عن قلقها لامبر وناتالي من احتمال إجرائها عملية ولادة قيصرية. أخبرت امبر المريضة بأن إحدى المريضات قد ماتت هي وابنها في أثناء إحدى عمليات الولادة القيصرية التي تمت في المستشفى. أصيبت المريضة بالهلع من هذا الخبر ورفضت أن تكمل ناتالي إجراءات قبول المريض بالمركز وطلبت أن تخرج من المركز ناتالي كانت غاضبة من امبر للغاية بسبب ما فعلته لدرجة أنها جذبتها من يديها وأخرجتها بالقوة من الغرفة. بدأت ناتالي بالصياح على امبر في الردهة إلى درجة أن امبر بكت.

كاتي سمعت الضوضاء بالردهة وطلبت من امبر أن تجلس في استراحة الممرضات إلى أن تعود ناتالي إلى الوحدة مرة أخرى. قامت ناتالي وكاتي بطمأنة المريضة، وانتهت ناتالي من إجراءات قبول المريضة بالمستشفى. طوال الوردية قامت ناتالي بإخبار زملائها بالفعل الغبي الذي قامت به امبر وذلك على حد وصفها. تحدثت كاتي مع ناتالي وامبر حول ما حدث. اطمأنت كاتي على المريضة وجمعت مزيدًا من المعلومات حول ما حدث.

قلقت كاتي من رد فعل ناتالي عن الواقعة. بالرغم من أن ناتالي ممرضة ممتازة، إلا أنها معروفة بسلوكها الوقح مع الزملاء. قامت كاتي بتوجيه ناتالي ثلاث مرات من قبل عن مهاراتها التواصلية الضعيفة وغير المقبولة، كما قدمت كاتي إنذاراً شفهياً إلى ناتالي حول هذا الأمر. بعد مناقشة قسم الموارد البشرية اتفقت كايتي على أن ناتالي ستتحصل على إنذار كتابي وسيلحق بملف عملها.

بعد نهاية الوردية، طلبت كايتي مقابلة ناتالي في مكتبها للحديث بشأن ما حدث مع امبر. كاتي أخبرت ناتالي من أنها قد أحبطت من رد فعل ناتالي العنيف تجاه التعليق غير المناسب الذي قالته امبر للمريضة. وأكدت كايتي على أن شد التلميذة ومهاجمتها شفهيًا أمام المرضى وطاقم العمل يخالف سياسات المنظمة ويعد فعلاً غير مقبول. كما أكدت أن استمرار ناتالي في الاستهزاء بامبر أمام الزملاء والأطباء بعد الحادثة يعد أمرًا غير مقبول. أوضحت ناتالي أنها كانت محبطة وغاضبة من التعليق غير المناسب الذي قالته امبر. أخبرت كاتي ناتالي أنه بالرغم من أن تعليق امبر لم يكن مناسبًا إلا أن رد فعل ناتالي لم يكن مناسبًا أيضًا. أكدت كاتي على أهمية التواصل المهني مع الزملاء طوال الوقت، وراجعت معها الحوادث السابقة التي لم تراع فيها ناتالي مهارات التواصل المهنية مع الزملاء. أخبرت كاتي ناتالي بأنها ستحصل على إنذار كتابي، وسيلحق هذا الإنذار بملف عملها. اعتذرت ناتالي عن أفعالها وأكدت أنها ستعمل على تحسين مهاراتها التواصلية. سجلت كاتي الواقعة وحددت موعد للمتابعة.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن الآتي:

- جمع كافة الحقائق المتاحة في المواضيع التي تتطلب إجراء عقابياً.
- التواصل مع قسم الموارد البشرية والإدارة وإخبارهم بالواقعة والجزاء المقترح تطبيقه.
- معاقبة الموظفين في الوقت المناسب.
- اقتراح استراتيجيات تطوير سلوك الموظف المعاقب.
- التأكيد على التصرف الصحيح الذي كان من المفترض أن يقوم به الموظف المعاقب.
- تسجيل الإجراء العقابي ونتيجته.
- متابعة نتائج العقاب وإخبار قسم الموارد البشرية والإدارة بها.

إنهاء خدمات الموظفين

للأسف، قد لا يستجيب بعض الموظفين للتوجيه أو العقاب، ولهذا قد يضطر المديرون في يوم ما إلى إنهاء خدمة الموظفين، أو فصلهم من المؤسسة (Bing, 2007, 2007). وخطوات إنهاء عمل الموظف مثل خطوات العقاب، ولكنها لا تحتوي على خطوة بناء خطة لتصحيح سلوك الموظف، وخطوة تحديد موعد للمتابعة. مثل إجراءات العقاب، يجب على المدير أن يستمر في التواصل مع قسم الموارد البشرية والإدارة، يجب أن يناقشوا قرار الفصل ويوافقوا عليه معًا.

من الضروري الاستعداد قبل إنهاء عمل الموظف (Cohen, 2006, 2006). حتى تستعد عليك الإجابة عن هذه الأسئلة:

١. هل وضحت توقعات الأداء السليمة أمام الموظف؟ هل راجعت بطاقات الوصف الوظيفي، ومعايير تقييم الأداء، والسياسات والإجراءات مع الموظف من قبل؟ يجب أن تكون هذه الخطوات مكتوبة.

٢. هل سجلت أداء الموظف بشكل مستمر؟ وبأي طريقة؟

٣. هل أخبرت الموظف بأدائه بشكل مستمر؟

٤. هل كنت تجري جلسات توجيهية أو هل تعاملت مع تجاوزات سياسات المؤسسة في الوقت المناسب؟ هل تم تسجيل هذه الجلسات وما تحتويه من خطط لتطوير الأداء؟

٥. هل كنت صادقاً مع الموظف حول أدائه الضعيف أو تجاوزه لسياسة ما بالمؤسسة؟ هل أوضحت السلوكيات التي لم يستطع الموظف القيام بها كما هو متوقع منه؟ هل تم توضيح الأداء المتوقع في صورة سلوكيات؟

٦. هل كنت عادلاً في التعامل مع مشكلات الأداء وتجاوزات السياسات بين كل الموظفين؟

٧. هل قمت بمتابعة الموظف؟ هل تابعت الخطط المتفق عليها في الجلسات التأديبية بشأن تحسين السلوك؟

٨. هل سجلت كل شيء في صورة كتابية؟ لا يمكن المبالغة في أهمية هذا الفعل.

٩. هل أخبرت الأمن بأنك ستنهي عمل موظف ما لأنك قد تكون بحاجة إليهم في اصطحاب الموظف خارجًا؟

يجب طرح هذه الأسئلة عند اتخاذ أي قرار بفصل الموظفين، ولكن يستثنى منها حالة السرقة أو الإساءة الجسدية لأحد المرضى أو مهاجمة الزملاء. وفي الحالات السابقة يجب الاحتفاظ بسجلات مكتوبة عن هذه الوقائع، وذلك لتجنب أي دعوى قانونية قد ترفع ضد المؤسسة.

يوضح الصندوق (١٩-٥) إحدى المناقشات المكتوبة بين مدير وموظف اتخذ قرار بفصله. وتوضح دراسة الحالة (١٩-٢) كيفية تعامل مدير تمريض مع قرار فصل موظف عنده.

يؤثر قرار فصل موظف ما على معنويات فريق العمل والوحدة كلها. قد يتجنب الزملاء المدير، وعلى المدير أن يخبرهم بالحقائق المهمة إذا ارتبطت هذه الحقائق بسلامة المرضى، أو بمعايير السلوك المقبولة. وعلى العكس، قد يعد الإبقاء على موظف ذي أداء منخفض سببًا في تقليل مصداقية المدير وأداء الوحدة (Hader, 2006).

يعد من الصعب فصل الموظف الذي ينتمي إلى مجموعات محمية من قبل القانون مثل انتمائهم لجنس، أو عرق، أو ديانة، أو أصل، أو إعاقة ما مادامت هذه الإعاقة لاتؤثر على أداء مهام العمل. بالإضافة لذلك، لا يمكن إقالة موظف ما بسبب رفضه لتنفيذ أوامر الطبيب إذا رأى أن هذه الأوامر ستضر بصحة المريض.

حتى إذا تم اتباع نظام تسجيل دقيق، أو تم الالتزام بسياسات المؤسسة فيما يخص قواعد فصل الموظفين، فلا يمكن تجنب الدعاوى القانونية التي قد يرفعها الموظف المفصول، وما يترتب عنها من إجراءات التظلم، وجلسات الاستماع المرهقة والمهدرة للوقت. ومن البدائل المفضلة أن يستقيل الموظف اختياريا من المؤسسة. وقد يستخدم المدير سجلاً شاملاً ليقترح على الموظف أن يستقيل تطوعًا من المؤسسة. هذا سيسمح للموظف بالرحيل من المؤسسة دون أن يذكر في سجله أنه قد تم فصله من المؤسسة.

يعد منصب مدير التمريض منصباً صعباً، ومتغيراً، وتزيد صعوبته عندما يضطر المدير إلى معاقبة أو فصل الموظف. أيضًا قد يصبح التوجيه مهمة صعبة بالنسبة للمدير. ويعد تطوير المهارات اللازمة للتدخل المبكر في حل المشكلات أمراً ضرورياً لتقليل الحوادث وتحسين الأداء ولمعنويات الموظفين.

الصندوق (١٩-٥). نص حوار عن إنهاء عمل الموظف.

المدير: لوسي نحن هنا اليوم لمناقشة أمر غيابك المستمر. في يوم ١٣ مارس استلمت إنذاراً كتابياً عن نسب حضورك. ومنذ هذا الوقت وأيام غيابك تتراكم حيث:

أبلغت عن تغيبك يوم ١٧ مارس بسبب مشاكل في السيارة. لم تحضري للعمل في يوم ٢ مايو لأنك ادعيتِ أنك لم تكوني تعرفين أنك من المفترض العمل يومها، ثم رفضت أن تأتي للعمل في هذا اليوم. لقد تغيبت بدون علم المنظمة لثمانية أيام طوال هذا العام. تشير سياسة الغياب في المنظمة إلى أنه يجب على الموظفين أن يقدموا خدمات رعاية ممتازة للمرضى، وإنه إذا تأثرت خدمات الرعاية بسبب أيام الغياب فإنه يجب اتخاذ إجراء تصحيحي للأمر. في المستشفى يعد التغيب لثمانية أيام في ١٢ شهرًا أمرًا غير مقبول، ويعد مخالفة صريحة لسياسة المستشفى.

حتى اليوم، قد استلمت إنذاراً شفهياً ومكتوباً بشان غيابك. ومنذ حصولك على الإنذار الشفهي، تراكمت أيام غيابك كالآتي:

في يوم ٢٣ أغسطس العام الماضي قد تغيبت عن ورديتك بحجة مشاكل شخصية. في ٨ سبتمبر، تغيبت بحجة المرض، وفي ٢٤ سبتمبر، تغيبت عن العمل بنفس الحجة. وفي يوم ٢٠ نوفمبر تغيبت لأنك لم تستطيعي الاستيقاظ في الموعد. وفي ٢٥ نوفمبر تسلمت إنذاراً شفهياً أخر بشان غيابك. وتسلمت نسخة من سياسة المنظمة بشأن الغياب، وتمت مراجعة أيام غيابك، وأكدت بعد ذلك على تفهمك للأمر وأنك لن تتغيبي بعد ذلك بدون إعلام أو تخطيط مسبق. ولكنك استمريتِ في التغيب عن العمل بدون إنذار مسبق، ثم حصلتِ على إنذار مكتوب في ١ فبراير، وقبل هذا الإنذار تغيبت في الأيام الآتية:

في ١٦ ديسمبر، تغيبتِ بحجة تضارب جداول العمل، في ٢٧ يناير، أبلغت عن غيابك بسبب إصابتك بالأنفلونزا.
بالإضافة إلى الإنذارات الشفهية والكتابية، قد تحدثت إليك بصفتي مديرك في أكثر من مناسبة بشأن غيابك، وذكرتك بسياسة المنظمة، ومدى سوء موقفك في نسب الحضور. لقد استمريتِ في الغياب ومخالفة سياسات المنظمة بشأن نسب الحضور بالرغم من تحذيرك وتوجيهك أكثر من مرة. لهذا نجتمع اليوم في ٣ مايو لإنهاء خدمتك. قسم الموارد البشرية معنا في هذا الاجتماع ليخبرك بالمعلومات التي تحتاجينها للتعرف على ما تبقي لك من المزايا المالية وصندوق المعاشات وللإجابة عن أسئلتك.

دراسة حالة (١٩-٢). إنهاء خدمة طاقم العمل.

كاري لايل مديرة تمريض مسؤولة عن عشرين سريرًا في وحدة الجراحة بأحد المستشفيات الحضرية. منذ ستة أشهر استقبلت الوحدة مارجريت جونسون ممرضة حاصلة على ترخيص أداء المهنة والتي انتقلت من وحدة التمريض. لاحظت كاري في تقرير مارجريت الشخصي أنها بالرغم من مرور ١٢ عاماً على عملها بالمنظمة إلا أنها تقيم كمؤدية منخفضة عن المتوسط. أيضًا وجدت كاري ذلك في تقارير أداء مارجريت السنوية. تناقشت كاري مع مارجريت في هذا الشأن وحدد لها مستوى الأداء المتوقع منها. ولكن بالرغم من ذلك فان مارجريت تصل العمل متأخرة، وترحل من المستشفى قبل الانتهاء من تقارير المرضى.

كلير كيندرير هي ممرضة مسجلة وتعمل كممرضة مسؤولة في الورديات المسائية، وتعاونت من قبل مع مارجريت في العمل طوال الستة أشهر الماضية. اجتمعت كلير مع كاري من أجل مناقشة بعض المسائل المتعلقة برعاية المرضى. وأشارت كلير في الاجتماع إلى أن مارجريت تميل إلى التطويل في فترات الراحة والغذاء، وتحصل عليها لأكثر من مرة خلال الوردية. كما وجدت مارجريت نائمة في إحدى غرف المرضى في أثناء العمل. وراجعت كلير أحد تقارير مارجريت عن مريض ما ووجدت أنها ذكرت أن المريض حصل على محلول طوال فترة الوردية بينما استغرقت فترة إعطائه المحلول ثلاث ساعات فقط. عندما تمت مواجهة مارجريت بهذا ضحكت. قامت كلير بتسجيل كل هذه الوقائع وقدمتها إلى كاري.

اجتمعت كاري مع مارجريت لمناقشة أدائها وأخبرتها أنها ستكون في فترة متابعة وتجربة لمدة ثلاثين يومًا. خلال فترة المتابعة، كان يفترض أن تراجع كلير أداء مارجريت بعد نهاية الوردية للتأكد من أنها تحقق ما هو متوقع منها وتؤدي مهام عملها بشكل جيد. في الصباح التالي قدم ربرت ادامز وهو ممرض مسجل أحد تقارير المرضى المسؤول عن رعايتهم. هذا المريض كان من مسؤولية مارجريت في الوردية المسائية. عانى المريض من مرض السكر، كما عانى من قطع لإحدى ساقية تحت الركبة. وأوضح تقرير مارجريت أنها أجرت حقناً وريدياً جديداً للمريض. ولكن روبرت قام بالتحقق من الحقن الوريدي ووجد انه لم يتم تغييره كما ذكر. اتصلت كاري فورا بقسم الموارد البشرية. وأخبرت كاري أن مارجريت قد زورت تقرير أحد المرضى وهذا يعد اختراقاً صريحاً لفترة المتابعة ولسياسة المستشفى. راجع قسم الموارد البشرية ملف مارجريت وأكد على أن إنهاء عملها سيعد أمرًا مطلوبًا. تم إرسال أوراق نهاية الخدمة إلى كاري.

طلبت كاري مقابلة مارجريت بمجرد وصولها إلى الوردية لتخبرها بأنه قد تم إنهاء عملها. بدأت مارجريت بالارتعاش ثم قالت إنها ستحسن من عملها في المرة القادمة. راجعت كاري مشكلات أداء مارجريت والإجراءات التي تم اتخاذها من قبل في هذا الشأن. طلبت كاري من أحد عمال الأمن أن يصطحب مارجريت إلى خزانتها لجمع أغراضها الشخصية والرحيل. قامت كاري بتسجيل ما حدث في هذا الاجتماع وذكرته في ملف مارجريت.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

- التعرف على سياسة المنظمة وإجراءاتها في تأديب وفصل الموظفين.
- مراجعة الملف الشخصي وتحديد مشكلات الأداء السابقة والتي قد تؤثر على المستقبل.
- التعامل مع مشكلات أداء الموظف في الوقت المناسب.
- التأكيد على مشكلات الأداء، وليس المشكلات الشخصية.
- التواصل مع قسم الموارد البشرية في حالة الفصل.

الخلاصة:

١. التوجيه هو عملية المساعدة اليومية للموظفين بغرض تحسين أدائهم وإزالة مشكلات الأداء.

٢. يمكن استخدام التوجيه في تعزيز السلوك الإيجابي، كما يستخدم بوصفه إحدى أدوات تطوير القيادة ويساعد في التخطيط المتتابع.

٣. حتى تواجه الموظف بمخالفاته، يجب أن تعرف ما السياسات التي تم مخالفتها، ما عواقب المخالفة، تعرف على سبب هذه المخالفات، اتفق على خطة لمنع حدوث هذه المخالفات في المستقبل.

٤. عند حدوث مخالفات يجب اتخاذ إجراءات عقابية ويجب أن تكون الجزاءات تصاعدية.

٥. عندما لا يستجيب الموظفون للمعاقبة يجب أن ينهي المدير عملهم.

٦. إذا كان من الضروري فصل الموظف، على المدير أن يبقى على اتصال مع قسم الموارد البشرية والإدارة لتخطيط وتنفيذ الفصل.

أدوات التوجيه والمعاقبة والفصل:

١. حتى تستعد لجلسة التوجيه:

- حدد ما السلوك، ولماذا يعد غير مناسب.
- حدد أسباب هذا السلوك مع الموظف.

- اسأل الموظف عن مقترحاته لحل المشكلة.
- حدد موعد اجتماع المتابعة.

٢. حتى تتخذ إجراء عقابياً:

- حاول أن تكون هادئًا قبل اتخاذ قرار المعاقبة.
- تأكد من أن تخبر الموظف المخطئ بإجراء العقاب منفرداً.
- نفذ القواعد.
- استمع لكافة أبعاد القصة.
- ركز على المشكلة وليس الشخص.
- حدد موعد اجتماع المتابعة.
- أخبر قسم الموارد البشرية والإدارة بهذا.

٣. حتى تتخذ قرار فصل موظف ما:

- أخبر قسم الموارد البشرية والإدارة بقرارك.
- حدد السلوك السلبي، وسبب الإقالة.
- وضح إجراءات الفصل.
- أبق هادئًا.
- اطلب من موظف الأمن أن يصطحب الموظف المفصول إلى الخارج.
- أخبر قسم الموارد البشرية والإدارة بما حدث.

التقويم :

١. هل تم توجيهك أو مواجهتك أو معاقبتك من قبل؟ كيف تولى المسؤول هذه المهمة؟ كيف تصرفت في هذا الموقف؟ هل تعلمت من أخطائك؟

٢. هل قمت بتوجيه أو مواجهة أو معاقبه شخص ما من قبل؟ كيف كانت استجابة هذا الشخص؟ كيف تعاملت مع هذا الموقف؟ ماذا تعلمت منه؟

٣. هل تستطيع إنهاء خدمة أحد ما؟ إذا لا تستطيع، كيف تجهز نفسك لهذا الأمر؟

٤. اختر أحد الزملاء ومثل المواقف التالية معًا:

- جلسة توجيه.
- مواجهة.
- جلسة تأديب.
- إنهاء الخدمة.

بعد الانتهاء من التمثيل، اقلب الأدوار والعب الدور الآخر.

٥. ليعلق كل منكما على أداء الآخر.

المراجع

Bing, S. (2007). A tale of three firings. *Fortune, 156*(2), 210.

Cohen, S. (2006). How to terminate a staff nurse. *Nursing Management, 37*(10), 16.

Hader, R. (2006). Put employee termination etiquette to practice. *Nursing Management, 37*(12), 6.

Huseman, R. C. (2009). The importance of positive culture in hospitals. *Journal of Nursing Administration, 39*(2), 60–63.

Karsten, M., Baggon, D., Brown, A., & Cahill, M. (2010). Professional coaching as an effective strategy to retaining frontline managers. *Journal of Nursing Administration, 40*(3), 140–144.

McDermott, M., & Levenson, A. (2007). What coaching can and cannot do for your organization. *Human Resources Planning, 30*(2), 30–37.

McNally, K., & Lukens, R. (2006). Leadership development: An external-internal coaching partnership. *Journal of Nursing Administration, 36*(3), 155–161.

Palermo, J. C. (2007). Well-crafted worker discipline program diminishes risk. *Business Insurance, 41*(8), 9.

Stedman, M. E., & Nolan, T. L. (2007). Coaching: A different approach to the nursing dilemma. *Nursing Administration Quarterly, 31*(1), 43–49.

White, K. M. (2006). Better manage your human capital. *Nursing Management, 37*(1), 16–19.

الفصل العشرون

إدارة الغياب، ومعدل تدوير الموظفين، والحفاظ على طاقم العمل

التغيب:

١. نموذج حضور الموظفين
٢. إدارة غياب الموظفين
٣. سياسات الغياب
٤. اختيار الموظفين ومراقبة الغياب
٥. الإجازة المرضية والعائلية

تقليل معدل تدوير الموظفين:

١. تكلفة تدوير الممرضين
٢. أسباب تدوير الموظفين
٣. فهم التدوير الطوعي

الحفاظ على طاقم العمل:

١. ارتباط الموظفين
٢. بيئة العمل الصحية
٣. تحسين المرتبات

٤. تقدير أداء الموظفين
٥. إستراتيجيات أخرى للإبقاء على الموظفين

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. تفسير أسباب الغياب.
٢. كيفية إدارة الغياب؟
٣. كيف تؤثر استقالات الموظفين على المؤسسة؟
٤. تفسير أسباب الاستقالات الطوعية.
٥. كيف تستطيع المؤسسة الإبقاء على الممرضين؟
٦. ماذا يستطيع المديرون فعله للحفاظ على الممرضين؟

يعتبر الإبقاء على الممرضين الممتازين إحدى أولويات مؤسسات الرعاية الصحية. وتبدأ جهود إبقاء الموظفين من اتخاذ قرارات التوظيف الصحيحة منذ البداية، ولكن بمجرد أن يبدأ الممرضون بالعمل في المؤسسة، فإن المؤسسة يجب أن تبذل كثيراً من الجهد للحفاظ على ممرضيها الأكفاء. ويذكر هذا الفصل عدداً من الإستراتيجيات التي تم تناولها الفصل السابع عشر عن تطوير وتحفيز طاقم العمل. وتعد برامج الإرشاد وتدريب وبرامج إقامة الممرضين، وبرامج سلم التطوير الإكلينيكي من بعض الوسائل المستخدمة للإبقاء على الممرضين. يجب أولاً فهم مصطلحات التغيب والاستقالة والحفاظ على الموظفين، من أجل تحديد أسباب تغيب أوترك الممرضين لمؤسساتهم.

التغيب

بالرغم من أنه من الصعب تحديد تكلفة تغيب الممرضين عن المؤسسة، إلا أن هذه الظاهرة منتشرة ومكلفة. أيضًا، قد يكون لتكاليف الغياب أثر ضار على الحياة العملية لبقية طاقم العمل، حيث يشكل العمل لوقت طويل بأعداد منخفضة ضغطًا نفسيًا وعصبيًا على بقية طاقم العمل. حتى وإن تم استدعاء بدلاء مؤقتين، فإن طاقم العمل الأصلي سيبذل مجهودًا كبيرًا في شرح معايير العمل بالمؤسسة للممرضين البدلاء، وهو ما يعطل سير العمل بالمؤسسة.

نموذج حضور الموظفين

يجب التفرقة بين الغياب الطوعي وغير الطوعي من أجل فهم طبيعة تغيب الموظفين. مثلاً، إذا لم يحضر الموظف للعمل من أجل إكمال أوراق الضرائب على الدخل الخاص بالموظف، فإن هذا يعد **غياباً طوعياً** (voluntary absenteeism) – أي أن الغياب يكون تحت سيطرة الموظف. على العكس، فإن تغيب الموظف بسبب إصابته بتسمم غذائي فهذا يعد تغيباً غير طوعي (involuntary absenteeism) – أي الغياب يكون لأسباب لا يستطيع الموظف السيطرة عليها. بالرغم من أنه يبدو من السهل التفرقة بين هذين المفهومين نظريًا، إلا أنه عملياً يصعب التفرقة بينهما بسبب عدم توافر بيانات دقيقة (قليل من الممرضين يعترفون بتلفيق كذبة الغياب بحجة المرض). في الواقع ٦٥٪ من الممرضين المتغيبين بداعي المرض يكذبون بشأن مرضهم (CCH Survey, 2007).

بعض المؤسسات تفرق بين الغياب الطوعي وغير الطوعي من طريقة قياسها للغياب. عادة ما تقيس مؤسسات الرعاية الصحية الغياب من خلال حساب **إجمالي الوقت الضائع** (عدد الأيام المجدولة التي لم يحضر فيها الممرض). بما أن المرض الشديد سيؤثر بشدة على نسبة غياب الممرض، فإن إجمالي الوقت الضائع لا يعبر بشكل جيد عن الغياب الطوعي. على العكس، فإن **تكرار الغياب** (absence frequency) (إجمالي عدد مرات التغيب بغض النظر عن طول مدة التغيب) لا يؤثر في حالة المرض الشديد.

يجب أن يفهم المديرون الفرق بين تكرار الغياب وإجمالي الوقت الضائع. مثلاً، فإن الموظف الذي تغيب كل يوم اثنين لتسع مرات، فإن تكرار الغياب سيكون ٩ مرات، أما إجمالي الوقت الضائع فسيكون ٩ أيام. على العكس فإن الشخص الذي سيتغيب ٩ أيام متتالية فإن تكرار الغياب سيكون مرة واحدة، أما إجمالي الوقت الضائع فسيكون ٩ أيام. منطقيا يبدو أن الشخص الأول قد تعمد الغياب تطوعيا، أما الثاني فلم يتعمد ذلك.

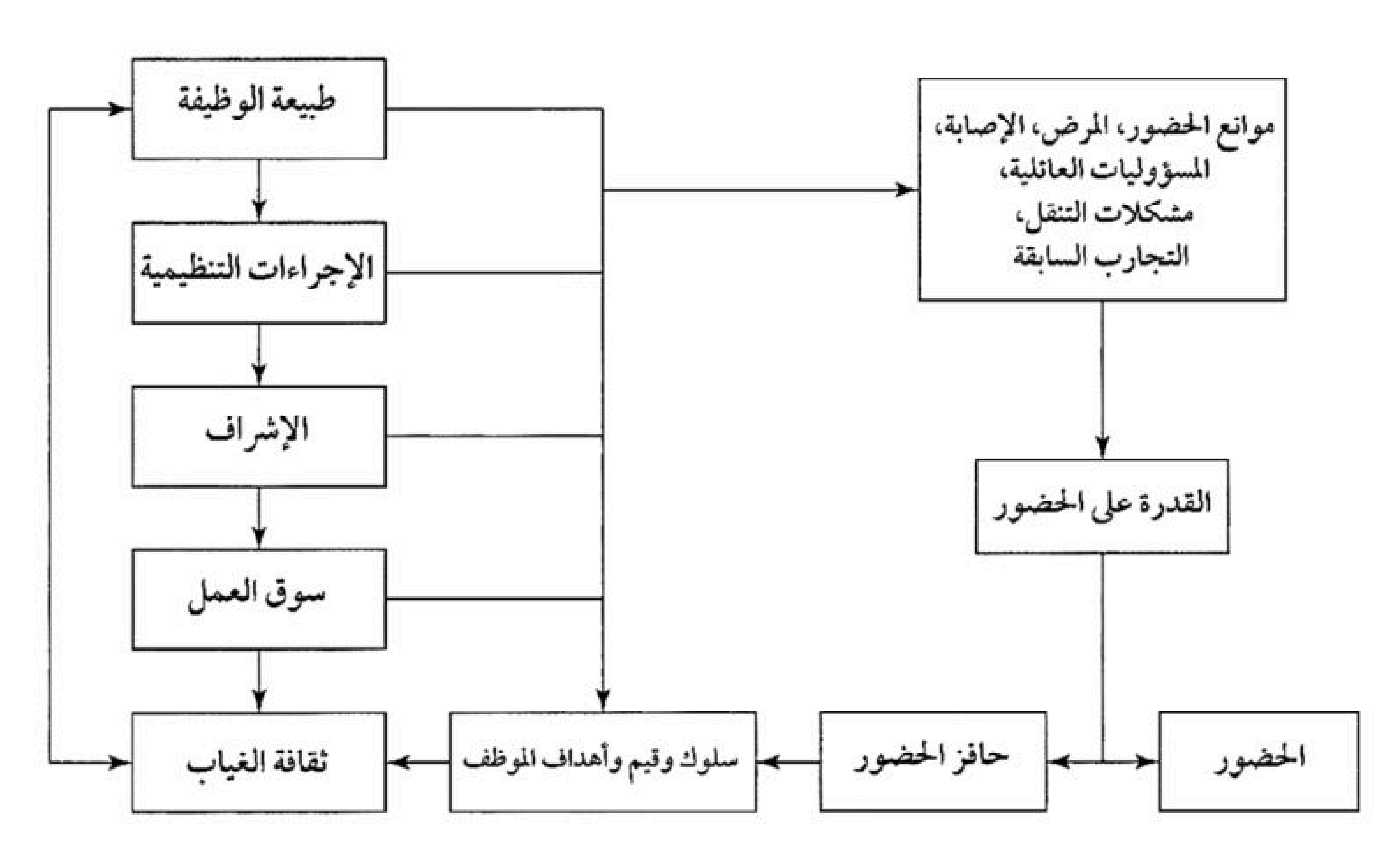
ويعتبر حضور الموظف إلى العمل معتمدًا على متغيرين: قدرة الفرد على الحضور وحافز الفرد للحضور إلى العمل (انظر الشكل ٢٠-١).

كما هو موضح في الشكل (٢٠-١)، فإن قدرة الموظف للذهاب إلى العمل تتأثر **بموانع الحضور** (attendance barriers):

• المرض أو الإصابة.
• المسؤوليات الأسرية (كمرض أحد الأبناء).
• مشاكل المواصلات (كوسيلة مواصلات سيئة).

بالرغم من أن هذه الموانع تتسبب في حدوث غياب غير طوعي، إلا أنه أحيانًا يكون الغياب طوعيا مثلاً، فإن الموظف الذي تعطلت سيارته ولم يبحث عن وسيلة تنقل أخرى للذهاب إلى عمله في اليوم الثاني، بالتأكيد لم يذهب إلى العمل لأن ليس لديه حافز للذهاب إليه. يظهر هذا المثل أن ليست كل النوايا التي يشير إليها الشكل (٢٠-١) ظاهرة للعيان. يجب على المدير أن يضع عدداً من الافتراضات حتى يفهم سبب حدوث هذا السلوك (لا يستطيع المدير أن يتأكد من أن الموظف كان مريضًا حقًا).

وفقًا لنموذج حضور الموظف، فإن حافز الموظف للذهاب إلى العمل يتأثر بالآتي: طبيعة الوظيفة، والإجراءات التنظيمية، وثقافة الغياب، والفروق العمرية، والإدارة، وسوق العمل، وشخصية الموظف.



الشكل (٢٠-١). نموذج حضور الموظف.

طبيعة الوظيفة

عندما نقيم طبيعة الوظيفة نجد أن الموظفين الذين يعملون في وظائف مليئة بالأحداث نادرًا ما يتغيبون عن العمل، أما الموظفون الذين يعملون وظائف بسيطة فمن المرجح أن يتغيبوا أكثر. فقد تزيد الوظائف المعقدة من حافز الحضور، لأن الموظفين يرون أن عملهم مهم وأن الآخرين يعتمدون عليهم في العمل (إذا لم يؤد الشخص الرئيس عمله، فإن بقية الموظفين لن يستطيعوا أن يؤدوا عملهم).

وتؤثر طبيعة الوظيفة على الحضور من خلال تأثيرها على حافز الحضور واحتمال الإصابة بمرض أو إصابة (موانع الحضور). مثلًا إذا كان العمل يتطلب رفع أجسام ثقيلة (مثل نقل المرضى من أسرتهم إلى النقالات) فإن احتمالية إصابة الموظف بإصابة تزيد أيضًا، كما أن الممرض الذي يتعرض إلى مرضى مصابين بمرض معدٍ من المحتمل أن تزيد فرص التقاطه لعدوى ما.

الإجراءات التنظيمية

قد تؤثر الإجراءات التنظيمية أيضًا على حافز الحضور كما هو مبين في الشكل ٢٠-١. تضع بعض المؤسسات سياسات للسيطرة على نسب الغياب، بحيث تتم مكافأة الموظفين الذين يحضرون إلى العمل بانتظام، وتتم معاقبة الموظفين الذين يتغيبون كثيرًا. أيضًا تستطيع المؤسسة أن تزيد من حافز الحضور من خلال اختيارها الدقيق لطاقم عملها (انظر الفصل ١٥). بالإضافة إلى التأثير على حافز العمل، فإن الإجراءات التنظيمية قد تؤثر على قدرة الموظف على الحضور. فالمؤسسات التي تقدم برامج رعاية صحية لموظفيها، وبرامج مساعدة للموظفين، وحضانة لرعاية أبناء العاملين، وخدمة نقل للموظفين ستزيد من قدرات الموظفين على الحضور للعمل.

ثقافة الغياب

وقد تؤثر ثقافة غياب إحدى الوحدات (أو المؤسسة) على حافز الحضور. فبعض وحدات المؤسسة تظهر تسامحا على الغياب. أما بعض الوحدات فتعاقب المتغيبين بها بشدة. بالرغم من أن سياسة الغياب تتأثر بالإجراءات التنظيمية (سياسات المؤسسة) وطبيعة الوظيفة (قد لا يتقبل العاملون بوظائف المستويات العليا أن يتغيب زملاؤهم)، إلا أن سياسة الغياب تتأثر أيضًا بالعادات غير الرسمية التي قد تنشأ بين الموظفين. مثلاً، إن مجموعات العمل المترابطة قد تنشئ اتفاقاً غير رسمي

بداخلها يرفض التغيب عن العمل إلا في حالات الطوارئ والمرض. مثل هذه الثقافة تنشأ عندما يرى الموظفون أن مهامهم حيوية ومهمة (تقديم خدمات الرعاية المباشرة للمرضى) فإذا غاب أحد الممرضين فإن بقية الزملاء سيتأثرون سلبيا من هذا الغياب (يقضون وقتاً إضافياً).

اختلافات الأجيال

قوة العمل حاليا تنتمي إلى أربعة أجيال عمرية مختلفة (التقليديون، مواليد السنوات التالية للحرب العالمية الثانية، والجيل X، والجيل Y) وكل جيل لديه توقعات مختلفة عن الآخر (Dols,Landrum,& Wieck, 2010). فيتوقع الجيل صغير السن جدول عمل أكثر مرونة، ومن ثم يتغيبون عن العمل.

أما الممرضون كبار السن فيمتعضون من الممرضين صغار السن بسبب اهتمامهم بالتكنولوجيا، وعدم تفاعلهم اجتماعيًا مع بقية الممرضين. والمثال التالي يوضح ذلك:

كرستين ماكنرم تبلغ من العمر ٢٤ عاماً. تقوم كريستين بإرسال البريد الإلكتروني والتحدث على الهاتف خلال فترة الاستراحة. يشعر زملاء كريستين كبار السن وجيل الحرب العالمية الثانية بالإهانة، ويشتكون من أنها تقضي وقت الاستراحة في التحدث بالهاتف الجوال واصفين إياها بالوقحة.

وتؤثر الاختلافات العمرية في قدرة المؤسسة على الاحتفاظ بالموظفين، فالممرضون من جيلX و Y يريدون العمل بالوظائف التي تمنحهم فرصاً للتطور والتنمية كما تمنحهم مزيداً من الوقت للاهتمام بحياتهم الشخصية خارج العمل. ويقدر هؤلاء الممرضون الجداول المرنة وأوقات الراحة، لهذا يجب أن تتوقع المؤسسة نسب استقالة عالية بين هؤلاء الممرضين إذا لم تحقق لهم هذه المرونة في الجداول.

أيضًا تؤثر توقعات الجيل صغير السن في نمط الإشراف. يتوقع هؤلاء الممرضون مزيداً من الاستقلالية والمشاركة في عملية اتخاذ القرارات (Farag, Tullai-McGuinness, & Anthony, 2009)، ولهذا تعد المشاركة في الحكم، وإستراتيجية الإشارة من أفضل الهياكل التنظيمية التي ترضي هؤلاء الممرضين.

الإدارة

تؤثر الإدارة على حافز الحضور لدى كل الموظفين. يؤثر مدير التمريض على طبيعة وظيفة الممرضين (درجة المسؤولية والمشاركة في القرار)، وقرارات التوظيف، وتنفيذ الإجراءات التنظيمية (فرض عقوبات على الموظفين المتغيبين)، وثقافة عمل الوحدة (التأكيد على أهمية الحضور).

ويشجع نموذج الحكم بالمشاركة على الحضور للعمل لأنه مبني على التعاون في اتخاذ القرارات. ويدعم المدير الذي يستشير طاقم عمله باستمرار هذا النموذج. فهذا النموذج يؤكد على أن طاقم العمل يلعب دورًا مهمًا في اتخاذ القرارات، ومن ثم تزيد مشاركة طاقم العمل في صنع القرارات مما يحفزهم على الحضور للعمل.

ويجب أن يكون المديرون مرنين في التعامل، كذلك عليهم أن ينفذوا مبدأ تقليص النفقات (Ferenc, 2009). فعندما يتعرف المدير على أداء طاقم العمل، فإنه سيحدد إن كانوا يحتاجون إلى المرونة أو التطوير. وعلى المدير أن يستخدم طرقاً مبتكرة ليجعل طاقم العمل ينجز المهام المطلوبة منهم بتكلفة قليلة. فيجب أن تكون منفتحاً للعمل بطريقة مختلفة أو لتغير مسار العمل.

سوق العمل

ويؤثر سوق العمل على الحضور. فإذا كان الممرض يرى أن هناك فرص عمل أخرى متوافرة بنفس جودة وظيفته فإن حافزه للحضور سيكون أقل من حافزه إذا كانت فرص العمل الأخرى محدودة.

ومن المتوقع أن يقل حافز الحضور إذ اعتقد الممرض أنه يستطيع الحصول على فرصة عمل مماثلة إذا فقد وظيفته أو تركها لأنها لم تعجبه، وذلك على عكس إذا كانت ظروف سوق العمل غير مناسبة. هذا قد يحدث إذا كان عدد الممرضين منخفضاً في سوق العمل.

الصفات الشخصية

بالرغم من أن عوامل طبيعة الوظيفة، والإجراءات التنظيمية، وثقافة الغياب، والاختلافات العمرية، والإشراف، وسوق العمل تؤثر مباشرة على حافز الحضور، إلا أن هذه العوامل تتفاعل مع صفات الموظف (الرضا الوظيفي)، وقيمه (أخلاقيات العمل) وأهدافه (رغبته في الترقي).إذا كان

الفرد يفضل بيئة العمل المتغيرة في حين أنَ الوظيفة التي يعمل بها حاليًا لا توفر له هذا التغيير، فإن الموظف يصبح محبطًا ، ويتغيب عن العمل.

والعكس صحيح. قد تصبح صفات وقيم وأهداف الموظف مؤثرًا مباشرًا على حافز الحضور. مثلا، الممرض صاحب المبادئ، الذي يرغب في الحصول على ترقية يكون لديه حافز حضور أكبر من الموظف الذي يفتقد الهدف والمبادئ.

يتأثر سلوك حضور الموظف بالتجارب السابقة. مثلاً، إذا لم يكافأ الموظف ذو الحضور الممتاز على هذا الحضور بالعام الماضي، فإن حافز الحضور سيقل خلال العام المقبل. على العكس إذا حصل الممرض على ترقية بسبب حضوره المتميز' فإن زملاءه الراغبين في الحصول على ترقية سيربطون بين أدائه والمكافأة، ومن ثم يزيد حافزهم للحضور إلى العمل في العام القادم.

إدارة غياب الموظفين

لا يفيد نموذج الحضور الموضح بالشكل ٢٠-١ فقط في فهم أسباب الغياب، بل أيضًا يساعد في بناء إستراتيجيات للسيطرة عليه. قد تخرج بعض أسباب الغياب عن السيطرة المباشرة للمدير مثل مشكلات التنقل ورعاية الأطفال. ولكن على المدير أن يفعل ما بوسعه، من خلال تفاعله مع طاقم العمل، أو تأثيره على المؤسسة لتغيير سياساتها المرتبطة بحافز أو قدرة الممرض على الحضور للعمل. ولكن على المدير أيضًا أن ينتبه، بحيث لا تصل إلى درجة تحريم حقوق الممرضين في الحصول على إجازة مرضية خاصة . بالتأكيد، لا يرغب المدير في أن يحضر الممرض المريض إلي العمل ويعرض زملاءه والمرضى للإصابة بعدواه.

حتى يتعرف على العوامل الرئيسة المسببة للغياب، على المدير أن يجمع معلومات من مصادر مختلفة مثل: طاقم العمل، وقسم الموارد البشرية، وبقية مديري التمريض، والإدارة. ويمكن أن تجيب أنماط الغياب عن الأسئلة الآتية:

- هل يتساوى الممرضون جميعًا في نسب الغياب؟
- مقارنة مع بقية الوحدات، هل نسب غياب الوحدة التي تحت إدارتك أعلى من البقية؟
- هل تستغرق فترة الغياب مدة طويلة أم قصيرة؟
- هل الغياب يأخذ نمطاً ثابتاً (كأن يحدث دائما في نهايات الأسبوع، أو قبل تقديم الفرد استقالته ؟)

بالرغم من أن المدير لن يكون قادراً على التأثير على قدرة الموظفين على الحضور للعمل، إلا أن المؤسسة قد تتخذ عدداً من الإجراءات للتأثير عليهم. مثلا، لتقليل مشكلات رعاية أطفال العاملين، يمكن للمؤسسة أن تتعاقد مع أو تنشئ حضانة لأبناء العاملين. حتى تقلل المؤسسة من مشكلات التنقل، يمكنها أن توفر وسائل مواصلات خاصة، كما يمكن تصميم برامج رعاية صحية ورياضية، وحصص إدارة التوتر من أجل تحسين الحالة الصحية للموظفين، كما يمكن استخدام برامج مساعدة الموظفين من أجل السيطرة على أسباب الغياب المرتبطة بمشاكل تعاطي الأدوية والكحوليات. بالإضافة إلى هذه الإجراءات التنظيمية، يستطيع المدير أن يؤثر على حضور الموظفين من خلال التوجيه (انظر الفصل ١٩).

ومن أفضل الطرق التي يستطيع بها مدير التمريض السيطرة على الغياب رفع حافز حضور الموظفين. ومن إستراتيجيات إدارة الغياب التي يستطيع أن يستخدمها المدير الآتي:

- زيادة أهمية الوظائف من خلال زيادة المسؤوليات، والتنوع، والتحدي.
- تقليل ضغط العمل.
- خلق ثقافة تشجع على الحضور (كالتأكيد على الأثر السلبي لتغيب المرضين عن العمل).
- توفير فرص للترقي (الموظفون أصحاب نسب الحضور الممتازة قد يحصلون على فرص للترقي).
- تحسين علاقات الموظفين بعضهم ببعض (الانتباه لقدرات الموظفين عند تنظيم جدول العمل، أو من خلال تكوين فرق عمل).
- اختيار الموظفين المحتمل أن يرضوا بوظائفهم ويلتزموا بها.
- كن نموذجاً في تحقيق نسب حضور جيدة.
- التحدث مع الموظفين بشأن نسب حضورهم خلال مقابلة تقييم الأداء.
- مكافأة أصحاب نسب الحضور الممتازة من خلال زيادة مرتباتهم، أو تقديم حوافز أخرى لهم.
- تنفيذ سياسات السيطرة على الغياب (من خلال معاقبة المتغيبين).

سياسات الغياب

أغلب سياسات المؤسسات تسمح بمنح الممرضين عدداً معيناً من أيام الإجازة المرضية المدفوعة الأجر ، عادة ما يمنح يوم واحد كل شهر. وتتراكم الإجازات غير المستخدمة إلى عدد أقصى معين (مثلاً قد تتراكم إلى ستين يومًا إجازة). عادة إذا ترك الشخص المؤسسة، وكان يراكم إجازاته المرضية أو تعدى الحد الأقصى، فإنه سيخسر هذه الأيام.

بالرغم من إن هذه السياسة تبدو منطقية إلا أنها قد تشجع على السلوكيات غير المرغوبة. مثلاً، إذا لم يستخدم الممرض إجازاته، وظل يراكمها حتى وصلت للحد الأقصى من الأيام، فإنه لن يجد مانعاً في عدم استخدامها حتى لا يفقدها في حالة تركه للمؤسسة. أيضًا، هذه السياسة تشجع الممرضين الذين سيرحلون عن المؤسسة (المقتربون من سن المعاش، أو الذين سيغيرون وظائفهم) في استخدام هذه الأيام.

ويتم حاليا استخدام نظام جديد لإدارة الغياب وهو استبدال الأيام المرضية غير المستخدمة بالإجازة الاعتيادية. وتحدث مشكلتان إذا لم تمنح إجازات اعتيادية للموظف: أولاً، سيضطر الموظفون للكذب (سيدعون المرض)من أجل القيام بأنشطة أخرى (حضور اجتماع أولياء الأمور في مدرسة الأبناء)، ثانيًا، يتغيب الموظفون بدون سابق إنذار، ومن ثم لا يستطيع المديرون إيجاد بديل لهؤلاء الموظفين.

من خلال استبدال الأيام المرضية بالأيام الاعتيادية فإن الموظف لا يحتاج للكذب مرة أخرى للحصول على إجازة، كما سيمنح للمدير وقتاً كافياً حتى يجد بديلاً لهذا الموظف. إذا تحولت المؤسسة إلى هذا النظام، فهي ستقوم بتوزيع الأيام المرضية المدفوعة الأجر وتضيفها على الإجازات الاعتيادية. مثلاً، بدلاً من أن تمنح المؤسسة ١٢ يوماً إجازة مرضية للموظف ستعطيه تسعة أيام إجازة مرضية، وثلاثة أيام إجازة اعتيادية. ومع إتاحة إجازات اعتيادية فإن الموظف سيخبر المدير عن رغبته في الحصول على إجازة قبل يوم الإجازة بفترة.

وقد تسمح بعض المؤسسات للموظفين بأن يراكموا أيام الإجازة بدون حد أقصى، بالرغم من أنهم بذلك لا يحفزون الموظفين على الحضور إلى العمل. وفي هذه الحالة، عندما يترك الموظف المؤسسة،

فإن المؤسسة ملتزمة بالدفع مقابل هذه الأيام المتراكمة (مثلاً قد تدفع المؤسسة نصف أجر اليوم مقابل يوم الإجازة المرضية). بعض المؤسسات الأخرى تسمح للموظفين المتقاعدين بأن يضيفوا الأيام المرضية لمتراكمة إلى الأيام التي عملوا بها. مازالت بعض المؤسسات تدفع للموظفين مقابل الأيام المرضية المتراكمة، أو قد تسمح لهم بتحويل هذه الأيام إلى أيام إجازة، أو الحصول على أجر إضافي مقابلها.

من الواضح أن المدير لا يستطيع التأثير على سياسات المؤسسة في إدارة الغياب. ولكن تستطيع مجموعة مؤسسة من المديرين حث الإدارة وقسم الموارد البشرية لطرح تغييرات جديدة على هذه السياسة. ولأن الغياب يكلف المؤسسة الكثير من التكاليف، فإن تغيير سياسات إدارة قد يساعد في تقليل هذه التكلفة.

أغلب المؤسسات لديها سياسات رسمية عن أيام الغياب المسموح بها. بمجرد تخطي الحد الأقصى لأيام الغياب تفرض إجراءات عقابية على الموظف. في أثناء تطبيق العقاب على الموظف، على المدير أن يتبع بدقة سياسات العقاب التي تنص عليها المؤسسة. وتعد كفاءة إجراءات العقاب محدودة في تخفيض أيام الغياب. فمعظم سياسات العقاب تفعل بعد تخطي أيام الغياب الحد المسموح به. بالتأكيد يعرف الموظفون هذه النسبة ويحاولون ألا يتخطوها، ومن ثم يظل المديرون يعانون من تغيب الموظفين، ولكنهم لن يستطيعوا اتخاذ إجراءات عقابية، لأن الموظفين لم يتخطوا الأيام المسموح بها.

اختيار الموظفين ومراقبة الغياب

كثير من الأفعال الإدارية التي تم مناقشتها في الفصول السابقة يمكن استخدامها لإدارة الغياب. مثلاً، في أثناء توظيف الأفراد يجب إخبارهم بخلفية واقعية عن طبيعة العمل، سيزيد ذلك من تطابق خصائص الوظيفة مع قيم الموظف وتوقعاته. أيضًا، فإن ربط الزيادة في المرتب وفرص الترقي الوظيفي بالأداء الكلي المذكور في استمارة تقييم الأداء للموظف (والتي تعتمد جزئياً على حضور الموظف) سيشجع على زيادة نسبة الحضور. أيضًا، كما تلعب المهارات القيادية دورًا مهمًا في تغيير سياسات المؤسسة بغرض تقليل نسب الغياب (ومنها الدفع مقابل أيام الغياب المرضية غير المستخدمة).

ومن إستراتيجيات التعامل مع الموظفين المتعدين للحد الأقصى من أيام الغياب الآتي:

• تعريف الموظفين الجدد بسياسات المؤسسة، ومنحهم نسخة مكتوبة من سياسة غياب المؤسسة وشرحها والإجابة على تساؤلات الموظفين.

- مراقبة حضور الموظفين وتسجيلها.
- التدخل مبكرًا ودائمًا من خلال التوجيه والتعامل المناسب مع المخالفات.
- إذا تطلب الأمر اتخاذ إجراءات عقابية، اتبع الخطوات التي تم شرحها في الفصل التاسع عشر.
- كافئ الموظفين الذين يحضرون بانتظام إلى العمل. تأكد من أن المؤسسة تمنح مكافآت لهؤلاء الموظفين، وكافئ هؤلاء الموظفين من خلال منحهم تقديرات عالية في تقييمات الأداء.
- كن نموذجًا جيدًا للموظفين من خلال الحضور للعمل بانتظام.

هذه الإجراءات ستشجع على زيادة نسب الحضور. وعكس الغياب هو الحضور الشكلي (presenteeism) ويحدث عندما يضطر الموظفون المرضى جسديًا أو نفسيًا إلى الحضور للعمل. وغالباً ما يكون هؤلاء الموظفون مرضى، ويكون عليهم ضغط عمل كبير. أو الموظفون الماهرون الذين يتمتعون بعلاقات طيبة مع الزملاء، أو الموظفون المؤثرون على سير العمل، ولهذا يضطر هؤلاء إلى الحضور إلى العمل بالرغم من إرهاقهم ومرضهم (Biron, Brun, Ivers, & Cooper, 2006). أيضًا فإن الموظفين المرهقين، والذين لديهم إحباط أو مرض نفسي يضطرون إلى القدوم للعمل بالرغم من تعبهم.

الإجازة المرضية والعائلية

يطبق قانون الإجازة المرضية والعائلية ((Family and Medical Leave Act (FMLA) منذ عام ١٩٩٣، وتطبقه الولايات الفيدرالية جميعها (U.S. Department of Labor, 2011). وهذا القانون يجبر جميع المؤسسات الحكومية (فيدرالية، محلية، قومية) والمؤسسات الخاصة التي تعين أكثر من خمسين موظفاً على إعطاء إجازة تصل إلى اثني عشر أسبوعًا في العام وذلك في حالة المرض الشديد أو الولادة أو التبني، أو لرعاية الأطفال المرضى أو الأزواج أو الأهل.

أيضًا يسمح القانون للموظفين السابق ذكرهم بأن يحصلوا على تأمين صحي خلال فترة التغيب، كما يسمح لهم بالعودة للعمل مرة أخرى في مناصبهم التي تركوها خلال فترة الإجازة. قد تمنح فترة الإجازة كلها مرة واحدة، أو بشكل متقطع، أو العمل بمواعيد حضور أقل من الطبيعي. يجب أن يحصل الموظف على هذه الإجازة ما دام مستوفياً لشروط الحصول عليها، وذلك بدون اعتراض أو خلاف من الإدارة. قد يتم استبدال قانون الإجازة المرضية والعائلية من خلال اتفاقات

أو قوانين فيدرالية أكثر كرمًا من هذا القانون، لكن لا يجوز استبداله بأخرى أقل كرمًا. قد تتزامن الإجازة المرضية أو العائلية مع إجازات أخرى مثل إجازة تعويض العاملين بالدولة. والموظفون قادرون على الحصول على الإجازة إذا استوفوا الشروط الآتية:

١. مضى اثني عشر شهراً على الأقل من تاريخ تعيينهم .

٢. العمل لمدة ١٢٥٠ ساعة على الأقل خلال اثني عشر شهرًا.

٣. أن يكون عدد العاملين بالمكان لا يقل عن خمسين موظفًا، أو أن يعمل خمسون موظفًا في مكان حدوده الجغرافية لا تزيد عن ٧٥ ميلاً (قاعدة ٥٠ موظف/ ٧٥ ميلاً).

ويعد قانون الإجازة المرضية والعائلية قانونًا معقدًا (انظر الموقع الإلكتروني لوزارة العمل الأمريكية من أجل مزيد من المعلومات http://www.dol.gov/compliance/laws/comp-fmla.htm).

وتغير القوانين الفيدرالية والاتفاقات في طرق تطبيق المؤسسة للقانون. أيضًا، يوجد تداخل وتفاعل بين قانون المعاقين الأمريكيين وقانون الإجازة المرضية والعائلية. والمؤسسة مسؤولة عن جعل الموظف يؤدي الوظيفة المطلوبة منه، في حين يجب عليها أن تتأكد من ألا تكون متطلبات تأدية هذه الوظيفة مخالفة للقوانين وحقوق الموظف (Lester, 2011). ويعد قسم الموارد البشرية بكل مؤسسة هو أفضل مصدر للمعلومات المتعلقة بقانون المعاقين الأمريكيين، وقانون الإجازة المرضية والعائلية.

تقليل معدل تدوير الموظفين

وتدوير الموظفين (turnover)، هو عدد الموظفين الذين يتركون الوظيفة. وتبدأ جهود تقليل معدل التدوير من خلال اختيار وتوظيف المرشحين المناسبين للوظيفة (الفصل ١٥) وتستمر الجهود من خلال تحفيز وتطوير طاقم العمل. ومن الضروري الحفاظ على الممرضين المتمرسين وحديثي التخرج (Hill *et al*., 2010; Hirschkorn *et al*., 2010; Salt, Cummings, & Profetto- McGrath, 2008).

تكلفة تدوير الممرضين

هناك عاملان مرتبطان يؤثران على معدل تدوير الممرضين: فرص العمل، والاقتصاد. ففي أوقات الرخاء الاقتصادي، تميل مؤسسات الرعاية الصحية إلى توظيف مزيد من طاقم العمل، أما في فترات الكساد الاقتصادي فقد تقلل المؤسسات من عدد الموظفين العاملين لديها، أو لا تقوم بتوظيف

طاقم عمل جديد. في نفس الوقت، يميل الموظفون إلى الحفاظ على مناصبهم إذا كان الاقتصاد متباطئاً، أو إذا كان عدد فرص العمل المتاحة محدوداً (Healthcare Association of New York State, 2010).

أظهرت دراسات محلية في عام ٢٠٠٩ أن معدلات التدوير قد انخفضت في هذا العام لتصل إلى ١ , ٧٪ بعد أن كانت ١ , ١٠٪ بالعام الذي سبقه (Healthcare Association of New York State, 2010). وأوضحت الدراسة أن سبب هذا الانخفاض يعود إلى الاقتصاد المتباطئ وانخفاض فرص العمل الأخرى .

وتعد تكلفة تدوير الممرضين عالية بسبب ارتفاع تكاليف توظيف طاقم عمل جديد (التوظيف والاختيار، والتوجيه الأولي، والتدريب في أثناء العمل) وتكاليف الاستبدال المؤقت لأحد الممرضين الذين استقالوا أو طردوا من العمل، ولهذا يجب فهم أسباب تدوير الممرضين والسيطرة عليه.

وغالباً ما ينظر لتدوير الموظفين نظرة سلبية. ولكن هذه النظرة المبدئية لا تساعد المديرين في التعامل مع هذه المشكلة المكلفة. ولكن، يجب التفرقة بين عدة أمور أولاً لفهم التدوير الموظفين منها:

- هل الموظف ترك العمل باختياره أو طُلب منه الرحيل؟
- هل كان أداء الشخص المستقيل ممتازًا أم عادياً؟
- هل ترك الشخص العمل من أجل أسباب متعلقة بالتنمية المهنية (كالعودة إلى الدراسة) أو لأنه غير راضٍ عن المؤسسة؟
- هل من السهل أو من الصعب استبدال الموظف المستقيل؟

وتتعدى الآثار السلبية لتدوير الموظفين التكاليف النقدية. حيث إن التدوير يؤثر على بقية الممرضين العاملين في المكان الذي كان به الشخص المستقيل (Jones, 2008). فقد يضطر الموظفون الآخرون إلى البقاء لساعات عمل أطول (وقت إضافي) أو العمل بجد أكثر لاستبدال الموظف الراحل: قد يتسبب ذلك في إرهاق جسدي وذهني لبقية الموظفين، وهو ما قد يجعلهم راغبين في ترك العمل، لهذا قد تؤدي استقالة موظف واحد إلى حدوث سلسلة أخرى من الاستقالات. حتى إذا تم استبدال الموظف المستقيل ببديل مؤقت فإنه قد يحدث مشاكل نتيجة عرقلة سير العمل بالوحدة، وأنماط التواصل بين الزملاء.

ولا يكون تدوير الموظفين دائماً أمراً غير مرغوب فيه، فأي شخص ذي خبرة عمل سابقة يستطيع تذكر بعض الحالات التي كانت فيها الاستقالة (بعض الزملاء أو المديرين) لها آثار إيجابية على سير العمل بالمؤسسة ولكن، قد تكون استقالات بعض الأفراد (مثل أحد مديري التمريض) مرغوباً فيها، ولكن هذه الاستقالات تكون خسارة بالنسبة للآخرين (زملاء هذا المدير). إذا كان أداء الشخص المستقيل أداء ضعيفاً، فإنه برحيله سيتحسن الأداء. وحاليًا، قد يكون الموظفون الجدد أكثر حماسًا، وأقل احتمالاً للتصارع مع بقية الأفراد، أو قد يتحدوا الإدارة في تحسين مناخ العمل (انظر إلى الجزء الخاص ببيئة العمل الصحية في هذا الفصل).

أسباب تدوير الموظفين

حتى نستطيع إدارة تدوير الموظفين يجب أولاً فهم أسبابه. قديمًا، قامت المؤسسات بتحديد أسباب الاستقالات الطوعية من خلال مصدرين هما: سؤال المشرف المباشر على الموظف عن سبب رحيله، وإجراء مقابلة قبل رحيل الشخص المستقيل، والذي يقوم بهذه المقابلة هو قسم الموارد البشرية.

وتعد هاتان الوسيلتان مباشرتين ومستقيمتين للغاية، ولكن قد لا يقدم الموظف الإجابة الصادقة لأسباب استقالته وذلك لأنه يتوقع من المؤسسة الجديدة التي ستوظفه أن تسأله عن قائمة مراجعه ومعارفه. ولهذا، قد يقدم الموظفون المستقيلون إجابات آمنة في أثناء مقابلة ما قبل الرحيل عن المؤسسة (مثلاً سيقول الموظف أنه حصل على وظيفة أفضل).

بالرغم من أن الإجابات الآمنة للموظفين المستقيلين يمكن تفهمها، إلا أنها تصعب عملية تحديد أسباب الاستقالة. قد تساعد بحوث أو استبيانات ترسل إلى الموظف المستقيل بعد مرور عدة أسابيع من استقالته في فهم الأسباب الحقيقية للاستقالة. يجب أن يتأكد المستقيلون من أن أي إجابة يقدمونها لن تؤثر على قائمة مراجعهم التي قد تسأل عنها المؤسسة الجديدة التي ستوظفهم، ولهذا يجب التأكيد على أن الغرض الأساسي لهذه الأسئلة هو مساعدة المؤسسة على التعرف على أسباب رحيل الممرضين. ومن الطرق الأخرى للتعرف على سبب رحيل الموظف إجراء مقابلات مع زملاء الموظف السابقين الذين غالباً يعرفون السبب الرئيس لرحيل الموظف.

فهم التدوير الطوعي

يركز هذا الفصل على حالات التدوير الطوعية (أي أن الموظفين يختارون الرحيل عن المؤسسة طواعيةً). إذا كانت المؤسسة تعاني من نسب عالية للتدوير غير الطوعي (أي أن الموظفين يتم طردهم من العمل)، فعليها أن تعيد النظر في طريقة توظيفها، واختيارها، وتحفيزها، وتطويرها لموظفيها. (انظر الفصلين ١٥ و١٧)

يجب أن يكون هدف المؤسسة تقليل معدل التدوير الطوعي. ويعد قرار التوظيف هو الفرصة الأولى للمدير لتقليل معدل التدوير. وتعد فترة عمل الموظف لدى المؤسسات السابقة مؤشرًا على المدة المتوقعة لبقاء الموظف في الوظيفة الجديدة.

ويعد تدوير الممرضين دالة على رؤية الممرض لمدى سهولة ورغبة ترك العمل. وتعتمد رؤية الممرض بمدى سهولة الرحيل عن المؤسسة على سماته الشخصية مثل:

- التعليم.
- مجال التخصص.
- العمر.
- القدرة على التنقل جغرافيا.
- الوسائط في المستشفيات الأخرى.
- النقل.

أيضًا تعتمد سهولة الرحيل على عوامل خارجية منها:

- قرارات المؤسسات الأخرى للتوظيف.
- قرارات مؤسسات غير متعلقة بمجال الرعاية الصحية في توظيف ممرضين.
- الاقتصاد.

وتعتمد رؤية الممرض أيضًا لرغبته في الرحيل عن المؤسسة على عدة عوامل، ومن هذه العوامل توافر فرص الانتقال داخل المؤسسة. إذا توافرت وظائف أخرى شاغرة بالمؤسسة فإن معدل التدوير سينخفض: أي أن الممرض يستطيع ترك المنصب الحالي من خلال التنقل الجانبي، أو

الترقية، أو النزول عن رتبة العمل الحالية. مثلا: إذا كان الممرض يعاني من مشاكل بينه وبين أحد الزملاء، فإنه يستطيع الانتقال إلى وحدة أخرى بدلاً من ترك المؤسسة.

وينظر إلى الغياب والتدوير على أنهما من السلوكيات الانسحابية، لأنهما يسمحان للموظفين بترك العمل بصورة مؤقتة أو دائمة. وفي أغلب الحالات يكون السبب في هذا السلوك الانسحابي هو عدم الرضا الوظيفي كما سيتم مناقشته لاحقًا.

الحفاظ على طاقم العمل

الرضا الوظيفي هو إحدى الوسائل الرئيسة للحفاظ على طاقم العمل (Wisotzkey, 2011). ويتأثر الرضا الوظيفي بعدة مظاهر ببيئة العمل منها:

- العلاقة مع مدير التمريض، ومع بقية الممرضين وموظفي الوحدة، والمرضى، والأطباء.
- ورديات العمل (الصباحية والمسائية، والورديات الثابتة، والورديات المتغيرة).
- التناسب بين قيم الممرض والثقافة المؤسسية للمؤسسة.
- توقعات ممارسات العمل.
- مستوى التعويض.
- العدالة والمساواة في توزيع المكافآت وتطبيق العقوبات.

ارتباط الموظفين

يعد مفهوم الإبقاء على الموظفين وثيق الصلة بمفهوم ارتباط الموظف ببيئة عمله وبرضا العملاء، ولكن حاليًا تنخفض أعداد الموظفين المرتبطين ببيئة عملهم على مستوى القطاعات (Advisory Board Company,2007). بالإضافة لذلك، أثبت استفتاء بين ٤٠٠٠ ممرض على أن نسب الارتباط الوظيفي بينهم تتفاوت (Advisory Board Company, 2007). الارتباط ببيئة العمل يعبرعنه بارتباط الموظفين بمؤسساتهم، واستعدادهم لاستثمار جهودهم فيها، فيخططون ويجدون في عملهم لأجل الحفاظ على مؤسساتهم.

درس كلٌ من ريفرز وفي تزباتريك وبولي (٢٠١١) العوامل التي تؤثر على ارتباط الموظفين. والعوامل الرئيسة المؤثرة على ارتباط الموظفين هي التنمية، والنمو المهني، وروح الفريق، وتعاون

الممرضين مع الأطباء. ومن العوامل ضعيفة التأثير على ارتباط الموظفين المرتب، و مزايا العمل. وقد أظهر تطبيق هذه الدراسة على المديرين والإدارة أن من طرق زيادة ارتباط الموظفين بمؤسساتهم ما يلي : الهيكل التنظيمي المشجع للموظفين، والتواصل المستمر، والتعامل مع المشكلات فور ظهورها، وفرص التنمية المهنية.

بيئة العمل الصحية

تعد بيئة العمل الصحية التي تزيد من رضا المرضين عن وظائفهم أحد الشروط الأساسية للإبقاء على المرضين (Paris & Terhaar, 2011; Weston, 2010). أكد ابلبم وفولر وفيدلر (٢٠١٠) على أن العوامل البيئية تساهم في تحسين الرضا الوظيفي، وتقلل من رغبة الموظفين في الرحيل عن المؤسسة. أوضح ميراكل (٢٠٠٨) أن رضا المرض والخدمات التمريضية الممتازة هما نتيجة مباشرة لبيئة العمل الصحية.

أنشأت الجمعية الأمريكية لمرضي الرعاية الحرجة (The American Association of Critical Care Nurses) ستة معايير لبيئة العمل الصحية من أجل "تقديم خدمات تمريضية ممتازة" (P.1) (AACN, 2005). هذه المعايير هي:

- التواصل بوصفه إحدى مهارات التواصل الإكلينيكية المهمة.
- التعاون بين المرضين وبقية العاملين بنظام الرعاية الصحية.
- عملية فعالية اتخاذ القرارات : يكون المرضون أحد الشركاء في عملية قيادة ووضع سياسات المؤسسات.
- التوظيف المناسب والربط الكفء بين احتياجات المرضى ومهارات الممرضين.
- المكافأة :تقدير العمل المتميز.
- القيادة الصادقة: القادة يشجعون ويشركون الآخرين.

تحسين المرتبات

ولأن المرضين يحتلون أكبر مجموعة وظيفية بداخل المؤسسات، فإن مرتباتهم تحتل الجزء الغالب من ميزانية مرتبات المؤسسة. ومن المنطقي (ولكنه غير فعال) أن تعتقد المؤسسات أنه من

الأفضل تقييد مرتبات الممرضين أو عدم توظيف طاقم عمل جديد، وذلك بغرض تقليل النفقات. ولهذا قد يجد الممرضون الذين قضوا سنوات خبرة طويلة في المؤسسة أن مرتباتهم تزيد بشكل طفيف (وأحيانًا أقل) من مرتبات الممرضين الجدد أصحاب الخبرات التي لا تتجاوز عدد محدود من السنوات. يعرف هذا الأثر **بالمرتب المضغوط** (salary compression). وهو عبارة عن دفع مرتب أولي مرتفع للممرضين الجدد أو زيادة مرتبات الممرضين ذوي الخبرات التي لا تتجاوز عدداً محدوداً من السنوات سيؤدي إلى أن يكون مرتب الموظفين العاملين لفترة طويلة من الزمن مساوياً، أو أقل من مرتبات الممرضين ذوي الخبرات التي هي أقل.

ويعد نظام علاوات التوقيع (Sign-on bonuses) وبرامج الإعفاء من القروض (loan-forgiveness programs) إحدى الإستراتيجيات لجذب الممرضين المتخرجين حديثًا. ولكن الإستراتيجيتين عبارة عن إصلاح سريع لمشكلة الممرضين العاملين فعليًا في المؤسسة ، والذين تتقيد مرتباتهم بسقف محدد. ولكن يمكن استخدام مقاييس الدفع (pay scales) كإحدى وسائل إعادة تصميم المرتب ليعكس كفاءة وإنجاز الشخص.

تقدير أداء الموظفين

ليس من الضروري أن يكون تقدير أداء العاملين أمرًا مكلفًا أو مهدرًا للوقت. يمكن للمدير أن يدرج عدداً من الإستراتيجيات بالنظام اليومي لإدارة طاقم العمل. ومن أمثلة هذه الإستراتيجيات:

• أظهر تقديراً فورياً بصورة شخصية للشخص الذي أحسن عمله.

• دون ملاحظة لتذكرك بأداء الموظف الجيد. اذكر في الملاحظة العنوان البريدي، أو البريد الإلكتروني لهذا الموظف.

• الإشارة إلى تقديرك للموظف المتميز في الاجتماعات مع طاقم العمل، أو في البريد الإلكتروني الموجه إلى جميع الموظفين.

• شجع طاقم العمل على نشر ملاحظات على الأداء المميز للموظفين على لوحة الإعلانات الخاصة بالوحدة، وذلك من أجل شكر الموظفين الممتازين والمقدمين لخدمات تمريضية جيدة.

• صمم جزءاً بلوحة الإعلانات لتسليط الضوء على الموظفين المميزين. ويتغير هذا التصميم كل أسبوعين أو مرة في الشهر. يستطيع الموظف أن ينشر صور له وعائلته ومعلومات عن حياته الشخصية. ذلك سيسهل من عملية تقدير الموظفين، ويزيد من المودة والتعارف بين الموظفين.

ويظهر الصندوق (٢٠-١) نماذج منخفضة التكاليف لمكافأة الموظفين بصورة رسمية.

الصندوق (٢٠-١). مكافأة الموظفين.

مكافآت قليلة التكلفة :

١. اسمح للموظف المتميز بالحصول على نصف يوم أو يوم إجازة، وذلك عن طريق تجميع ساعات العمل الخاصة بأسبوع ، وهو ما يقلل من عدد أيام العمل. مثلاً، اسمح للموظف بأن يختار أربعة أيام يعمل خلالها وردية تستمر لمدة عشر ساعات بدلاً من أن يعمل لخمسة أيام بوردية تستمر لمدة ٨ ساعات.

٢. قدم للموظف اشتراكات مجانية بالمجلات.

٣. نظم حفل عيد ميلاد شهرياً للاحتفال بكافة الموظفين المولودين في شهر ما – نظم احتفالات مشابهة تجمع فيها بين الأطعمة والأنشطة المختلفة.

٤. نظم برنامج موظف الشهر من أجل إهداء الموظف المتميز في شهر ما هدية صغيرة، أو شهادة تقدير، أو قسيمة هدايا.

٥. صمم نشرة إخبارية عن طاقم العمل، وخصص جزءاً للإشادة بالموظف الذي قام بأداء متميز.

المكافآت الرسمية:

• قدم مكافآت للموظفين أصحاب نسب الحضور الممتازة، والموظفين المراعين لصحة المرضى، وللقادة الإكلينيكيين، والممرضين المتمرسين. قدم المكافآت في إطار احتفالية رسمية يتم خلالها القيام بأنشطة وتقديم طعام مجاني.

• صمم برنامج تجميع نقاط على خدمة العملاء أو العمل الجماعي بحيث يحصل الشخص الذي جمع اكبر عدد من النقاط على مكافأة. صمم صندوق هدايا يحتوي على هدايا صغيرة مثل أقلام ومذكرات ووجبات خفيفة، إلخ. اربط كل عدد معين من النقاط بهدية معينة.

• قدم فرص تعليم إكلينيكي يقدمها أطباء وممرضون. أعطِ للموظفين الفرصة للحصول على إجازات في مقابل حضور هذه التدريبات مرة في العام أو عدداً معيناً من المرات وفقًا لما تحدده مجموعة العمل.

• ساهم في تكاليف برامج التعليم المستمر للممرضين.

• قدم مكافآت للموظفين بناء على سنوات خبرتهم.

إستراتيجيات أخرى للإبقاء على الموظفين

بالإضافة إلى بيئة العمل وتعديل المرتبات وتقدير الموظفين يستطيع المديرون استخدام إستراتيجيات أخرى للحفاظ على الموظفين، ومنها:

- تقديم خلفية واقعية من بيئة عمل المؤسسة للمعينين الجدد.
- تسهيل التنقل بين الوحدات في المؤسسة.
- تعاون مع المديرين الآخرين للتأثير على السياسات التنظيمية.
- التكيف مع معدلات تدوير الموظفين

قدم خلفية واقعية عن الوظيفة وتابع المعينين الجدد

تبدأ جهود الحفاظ على طاقم العمل خلال فترة المقابلات الشخصية مع المديرين، بحيث يقدم المديرون خلفية واقعية عن طبيعة الوظائف بالمؤسسة. وتستمر جهود الإبقاء على الموظفين من خلال التوجيه، وإدماج الموظفين الجدد بنظام العمل في الوحدة (Hatler *et al.*, 2011). واثبت أن برامج التعليم والتطوير الإكلينيكي التي تم مناقشتها في الفصل ١٧ تساهم في الإبقاء على الموظفين (Allen, Fiorini, & Dickey, 2010; Salt,Cummings,&Profetto-McGrath, 2008).

تسهيل حركة التنقل داخل المؤسسة

إذا شعر موظف ما بالإنهاك من العمل في قسم الأمراض السرطانية، يستطيع الموظف الانتقال للعمل بإحدى الوحدات الأخرى في المؤسسة (مثلاً في وحدة الرعاية المنزلية). للأسف، يعرقل ويمنع بعض المديرين عملية الانتقال (خاصة إذا كان الموظف الذي يريد الانتقال موظفاً ممتازاً) حتى لا يخسروا الممرضين الأكفاء. ولكن هذا المنظور غير مجدٍ. إذا لم يتمكن الموظف من الانتقال إلى وحدة أخرى (التنقل داخل المؤسسة)، قد يضطر الممرض إلى ترك المؤسسة (الانتقال بين المؤسسات).

تظهر دراسة الحالة (٢٠-١) كيف قلل مدير تمريض ما من نسبة التدوير الوظيفي بدون تحمل تكاليف إضافية.

دراسة الحالة (٢٠-١). الإبقاء على الموظفين.

تعمل مونا كارنس مديرة تمريض قسم الرعاية الصحية بأحد المستشفيات الحضرية. خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، ارتفعت نسبة الدوران الوظيفي الطوعي بين الممرضين المسجلين بدوام كامل لتصل الى ١٥٪ في القسم الذي تعمل به مونا، وبنسبة ٢٥٪ في المستشفى بشكل عام. وذلك بالرغم من ارتفاع المرتبات وتطبيق علاوات التوقيع. بدأت الإدارة في إعادة تقييم حجم المرتبات السنوية ومزايا العمل.

جمعت مونا عدداً من المعلومات من مقابلات الموظفين المستقيلين التي يقوم بها قسم الموارد البشرية مع الموظفين المقدمين لاستقالاتهم. من هذه المعلومات، قامت مونا برسم ثلاث إستراتيجيات للمساعدة في الإبقاء على موظفي الوحدة:

١. تدوير المهام القيادية على طاقم العمل وذلك للسماح للممرضين بتنمية مهاراتهم القيادية والإدارية. هذه المهام هي تدوير دور الممرض المسؤول أسبوعيًا بين الممرضين، الحصول على منصب في لجنة التعليم، مسؤول عن العلاقات بين الممرضين والأطباء، وممثلة عن خدمات الرعاية الصحية، وممثل عن تكنولوجيا المعلومات. كما يمكن إضافة أدوار قيادية أخرى.

٢. تصميم استمارات استبيان توزع على طاقم العمل من أجل التعرف على اهتماماتهم ونقاط قواهم، والربط بين هؤلاء الممرضين مع مرشد ما. مثلاً، تستمتع ديبي ايدواردس وهي إحدى الممرضات المسجلات بتصميم برامج تعليمية للمرضى. ستعمل ديبي مع هيثر ادامز وهو ممرض متخرج حديثًا من أجل تحسين مهارات هيثر في تعليم المرضى.

٣. تصميم جدول لخدمات التعليم المجانية التي تقدمها وحدة التعليم المستمر CEU وذلك في أثناء اجتماعات طاقم العمل والتي يمثلها أعضاء طاقم العمل والأطباء والصيادلة. سيتمكن طاقم العمل من الحصول على ٩٠٪ من التدريبات وبرامج التعليم التي تشاطرتها الولاية من أجل إعادة ترخيص عمل الممرضين.

هذه الإستراتيجيات لا تكلف الوحدة أو المنظمة. خلال ستة الأشهر التالية، انخفضت نسبة دوران الموظفين الطوعية إلى ٨٪ فقط.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

- التعرف على الأثر المالي للاستقالات الطوعية على الوحدة والمنظمة.
- جمع وتحليل البيانات من أجل التعرف على أسباب الاستقالات الطوعية.
- تنفيذ حلول ابتكارية لزيادة نسب الإبقاء على الموظفين.
- إنشاء قنوات مفتوحة وذات كفاءة للاتصال مع طاقم العمل.
- تقييم إستراتيجيات الإبقاء على الموظفين بشكل مستمر وتحسينها إذا تطلب الأمر.
- بناء إستراتيجيات تواصل ناجحة بين الإدارة وطاقم العمل.

التكيف مع معدلات التدوير الوظيفي

أحيانًا، على المؤسسة أن تتكيف مع المعدلات العالية للتدوير الوظيفي. وفي هذه الحالة يستطيع المدير أن يقلل المشكلات المحتملة من خلال أمرين:

١. إدارة المعتقدات المتعلقة بأسباب رحيل الممرضين. أحيانًا تكون الأسباب غير واضحة وقد تظهر شائعات تقدم معلومات غير دقيقة وأقل إقناعًا للمؤسسة ("هل ترك الموظف العمل بالمؤسسة من أجل فارق ٠٥ , ١ $ أجر الساعة في المؤسسة الأخرى ").

٢. تقديم قائمة بأسماء الممرضين البدلاء إلى قسم الموارد البشرية. بعض المؤسسات تحتفظ بقائمة من الممرضين الذين عملوا قديما بها من أجل الاتصال بهم للعمل بشكل مؤقت فيها. هؤلاء الموظفون السابقون لديهم معلومات عن المؤسسة وطبيعة العمل بها ولهذا فهم يستطيعون العمل بشكل أكثر كفاءة.

أظهرت الإستراتيجيات السابق ذكرها في هذا الفصل عن كفاءتها في التعامل مع مشكلات الغياب وتقليل تدوير طاقم العمل. ولكنها لا تستخدم في كل الأوقات. فالمواقف المختلفة هي التي تحدد الإستراتيجيات التي يجب استخدامها لحل المشكلات. مثلاً، إن ساعات العمل المرنة قد تناسب طبيعة العمل في العيادات الخارجية لكنها لا تتناسب مع الوحدات التي تعمل على مدار الساعة. يجب أن يكون المدير فعالاً من أجل تقليل معدلات الغياب والتدوير الوظيفي، كما يستطيع أن يؤثر على نسب حضور الممرضين، ويبقي الممرضين الممتازين في المؤسسة.

الخلاصة:

• يتأثر غياب الموظف بالإجراءات التنظيمية، وثقافة الغياب، والاختلافات العمرية، وسوق العمل، والإدارة، وصفات الموظف.

• تستطيع المؤسسة تحسين نسب الحضور من خلال عدد من الإستراتيجيات مثل إنشاء خدمات رعاية أطفال العاملين، وخدمات النقل، وبرامج مساعدة الموظفين، والتأمين الصحي.

• من الحلول الابتكارية لمشكلة الغياب: استبدال الإجازة المرضية بالإجازة الاعتيادية، والسماح للأيام المرضية بالتراكم، واستبدالها بمرتب إضافي يقدم للموظف، أو إضافتها على المعاش.

• قد يكون تدوير الموظفين طوعياً أو غير طوعي، ولكنه سيكلف المؤسسة دائمًا.

• كثير من الأسباب تؤدي إلى حدوث استقالات طوعية منها: عدم الرضا الوظيفي وبيئة العمل غير المرغوب فيها وسهولة الانتقال.

• تستطيع المؤسسات الحفاظ على الموظفين من خلال بيئة العمل الصحية وتحسين الأجور وتقدير الأداء.

• يستطيع المديرون تقليل معدلات التدوير من خلال تقديم خلفية واقعية عن طبيعة العمل في أثناء المقابلات الشخصية، وتسهيل التنقل بين الوحدات، والتكيف مع معدل التدوير.

أدوات تقليل معدلات التدوير والحفاظ على طاقم العمل:

١. التعرف على سياسات المؤسسة المتعلقة بالحضور.

٢. تحديد مشكلات الحضور ومراقبتها إن تطلب الأمر ذلك.

٣. مراقبة معدلات التدوير وتقييمها.

٤. تقديم خلفية واقعية عن طبيعة العمل للمعينين الجدد والخريجين الجدد.

٥. مراقبة أداء الخريجين الجدد، وتقديم خدمات دعم وتدريب إذا احتاجوا لذلك.

٦. تحديد طرق لتحسين بيئة العمل.

التقويم :

١. كمدير تمريض، ماذا يمكن أن تفعل لتقليل نسب الغياب؟

٢. هل تتذكر بعض الحالات التي يكون فيها رحيل موظف ما عن المؤسسة فيه فوائد لها؟ ما الذي حدث؟

٣. هل تركت العمل طواعيةً من قبل؟

أ- ما السبب؟ هل كان هناك أكثر من سبب؟

ب- ما السبب الذي قلته لمشرفك؟

ج- هل كان نفس الرد الذي قلته للمشرف هو نفس السبب الحقيقي للاستقالة؟

٤. بالإضافة إلى الإستراتيجيات التي تم ذكرها في الفصل، هل تستطيع ذكر طرق أخرى لتقليل نسب التدوير الطوعية؟

٥. هل ترى مديرين قاموا بالإبقاء الفعال على موظفيهم؟ ما الذي قاموا به؟

٦. إذا كنت مدير تمريض، ما الإجراءات التي كنت ستتخذها للإبقاء على موظفيك؟

المراجع

Advisory Board Company (2007). *Engaging the nurse workforce: Best practices for promoting exceptional staff performance.* Washington, DC: Advisory Board Company.

American Association of Critical Care Nurses. (2005). *AACN's healthy work environments initiative.* Retrieved August 22, 2011 from http://www.aacn.org/wd/hwe/content/hwehome.pcms?menu=practice

Allen, S. R., Fiorini, P., & Dickey, M. (2010). A streamlined clinical advancement program improves RN participation and retention. *Journal of Nursing Administration, 40*(7/8), 316–322.

Applebaum, D., Fowler, S., & Fiedler, N. (2010). The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction and turnover intention. *Journal of Nursing Administration, 40*(7/8), 323–328.

Biron, C., Brun, J., Ivers, H., & Cooper, C. L. (2006). At work but ill: Psychosocial work environment and well-being determinants of presenteeism propensity. *Journal of Public Mental Health, 5*(4), 26–37.

CCH survey finds most employees call in "sick" for reasons other than illness. (2007). Wolters Kluwer Press Release (October 10, 2007). Retrieved August 22, 2011 from http://www.wolterskluwer.com/Press/Latest-News/2007/Pages/pr_11oct07_2.aspx

Dols, J., Landrum, P., & Wieck, K. L. (2010). Leading and managing an intergenerational workforce. *Creative Nursing, 16*(2), 68–74.

Farag, A. A., Tullai-McGuinnes, S., & Anthony, M. K. (2009). Nurses' perception of their manager's leadership style and unit climate: Are there generational differences? *Journal of Nursing Management, 17*(1), 26–34.

Ferenc, J. (2009). Cost cuts to stay. *Material Management in Health Care, 18*(12), 4–12.

Hatler, C., Stoffers, P., Kelly, L., Redding, K., & Carr, L. L. (2011). Work unit transformation to welcome new graduate nurses. *Nursing Economics, 29*(2), 88–93.

Healthcare Association of New York State (2010). *Nurses needed: Short-term relief, ongoing shortage. Results from the 2010 nursing workforce survey.* Retrieved August 22, 2011 from http://www.hanys.org/workforce/reports/2010-06-07_nurse_survey_results_2010.pdf

Hill, K. S., Cleary, B. L., Hewlett, P. O., Bleich, M. R., Davis, K., & Hatcher, B. J. (2010). Commentary: Experienced RN retention strategies. *Journal of Nursing Administration, 40*(11), 468–470.

Hirschkorn, C. A., West, T. B., Hill, K. S., Cleary, B. L., & Hewlett, P. O. (2010). Experienced nurse retention strategies. *Journal of Nursing Administration, 40*(11), 463–467.

Jones, C. B. (2008). Revisiting nurse turnover costs. *Journal of Nursing Administration, 38*(1), 11–18.

Lester, R. L. (2011). Ensuring the health care worker can perform the essential functions of their position in the increasingly restricted legal environment governing hiring and disability accommodation. *Kentucky Bar Association Bench & Bar, 75*(3), 10–16.

Miracle, V. A. (2008). A healthy work environment. (Editorial). *Dimensions of Critical Care Nursing, 27*(1), 41–42.

Paris, L. G., & Terhaar, M. (2011). Using Maslow's pyramid and the national database of nursing quality indicators to attain a healthier work environment. *The Online Journal of Issues in Nursing, 16*(1). Retrieved August 22, 2011 from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Articles-Previous-Topics/Maslow-and-NDNQI-to-Assess-and-Improve-Work-Environment.aspx

Rivera, R. R., Fitzpatrick, J. J., & Boyle, S. M. (2011). Closing the RN engagement gap: Which drivers of engagement matter. *Journal of Nursing Administration, 41*(6), 265–272.

Salt, J., Cummings, G. G, & Profetto-McGrath, J. (2008). Increasing retention of new graduate nurses. *Journal of Nursing Administration, 38*(6), 287–296.

U. S. Department of Labor. (2011). *The Family and Medical Leave Act (FMLA)*. Retrieved August 22, 2011 from http://www.dol.gov/compliance/laws/comp-fmla.htm

Weston, M. J. (2010). Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(1). Retrieved August 22, 2011 from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Enhancing-Autonomy-and-Control-and-Practice.aspx

Wisotzkey, S. (2011). Will they stay or will they go? Insight into nursing turnover. *Nursing Management, 42*(2), 15–17.

الفصل الحادي والعشرون

التعامل مع مشكلات الموظفين الهدامين

السلوكيات المزعجة:

١. التنمر

٢. انعدام الكياسة

٣. العنف

كيفية التعامل مع مشكلات السلوك:

١. الموظفون غير الأكفاء

٢. الموظفون الساخطون

الموظف الذي يعاني من مشكلة تعاطي:

١. مجالس الدولة المختصة بمهنة التمريض

٢. إستراتيجيات التدخل

٣. العودة للعمل

٤. قانون المعاقين الأمريكيين وتعاطي المخدرات

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. التعرف على السلوكيات السيئة، مثل التنمر والفظاظة، والعنف.

٢. تحديد إستراتيجيات للتعامل مع السلوكيات المتنمرة.

٣. كيفية التعامل مع مشاكل طاقم العمل المرتبطة بالسلوك.

٤. كيفية التعامل مع الموظفين الساخطين وغير الأكفاء.

٥. كيف تتعامل مع الموظفين الذين لديهم مشكلات تعاطي مخدرات.

لا يعد تحسين أداء وإنتاجية الموظف التحدي الأكبر الوحيد الذي يواجهه المديرون حاليًا، بل أيضًا يواجههم تحدي تدعيم جهود مجموعة العمل الكلية. تعتبر بعض إستراتيجيات تدعيم أداء طاقم العمل التي تمت مناقشتها في الفصل السابع عشر غير فعالة بسبب بعض المشكلات الفردية التي قد تؤثر على طريقة عمل مجموعة العمل.

يتناول هذا الفصل مشكلات السلوكيات المزعجة كالتنمر، والفظاظة، والعنف، وطاقم العمل المهمش والساخط، والموظفين من أصحاب مشكلات إدمان الكحول أو المخدرات. لا توجد وسائل مثبتة للتعامل مع هذه المشكلات، ولكن هذا الفصل يقدم نقطة بداية للتعامل معها. غالباً ما يحتاج المديرون لمساعدة من الإدارة وقسم الموارد البشرية لحل هذه المشكلات.

السلوكيات المزعجة

التنمر

تزيد مشكلة التنمر من عدم الرضا الوظيفي والتدوير الوظيفي والدعاوى القانونية، وتدمير سمعة المؤسسة (Dempster, 2006). في مؤسسات الرعاية الصحية، لا يهدد التنمر الضحايا (المستهدفون) فقط بل يهدد أيضًا المرضى (Stokowski, 2010). ومن أمثلة التنمر الإساءة الشفهية والعنف والأفعال الفظة (Broome, 2008). وتعد الإساءة الشفهية من أكثر أنواع التنمر انتشارًا، والتي يبلغ عنها الممرضون باستمرار (Christmas, 2007)، وغالباً ما يكون المتنمر في هذه الحالة هم الممرضون كبار السن والمديرون والأطباء (Vessey, DeMarco, Gaffney, & Budin, 2009).

قد يحدث التنمر بصورة شخصية، أو من خلال الرسائل النصية أو الإنترنت. ويستخدم المتنمرون الكلمات والأفعال غير الشفهية ويدخلون بعض الأشخاص الآخرين في عملية التنمر من خلال إطلاق الإشاعات على الآخرين. وتتفاوت السلوكيات المتنمرة من المضايقات الخفيفة إلى العنف الخطر (Stowoski, 2010). من أمثلة ذلك:

١. التجاهل، أو "المعاملة الصامتة".

٢. التعامل بطريقة دونية مع الآخرين.

٣. الملاحظات الازدرائية والمحتقرة خلال جلسات الاستماع.

٤. لغة الجسد التي تعبر عن الرفض، مثل نظرات العين المحتقرة للآخرين.

٥. السخرية.

٦. الإساءة الشفهية.

٧. إلقاء اللوم على الآخرين.

٨. عزل الآخرين.

٩. عدم المساعدة.

١٠. التحرش الجنسي.

١١. الاعتداء الجسدي.

قامت اللجنة المشتركة وجمعية المرضين الأمريكيين بطرح مبادرات لمواجهة التنمر في مؤسسات الرعاية الصحية. وأوصت اللجنة المشتركة بعدم التساهل مع السلوكيات المؤذية والهدامة (Joint Commission, 2008). توصي جمعية المرضين الأمريكيين باستخدام إستراتيجيات لمواجهة العنف والإساءة والتنمر في بيئة العمل (ANA, 2010).

تدرس بعض الولايات إصدار قوانين خاصة بمؤسسات الرعاية الصحية، للسماح للموظفين برفع دعاوى قضائية بسبب الأسى المترتب عن السلوكيات المسيئة (Stowoski, 2010). مع انتشار البلاغات عن الإساءة في المؤسسات، يأمل الجميع أن تضع القوانين حدًا لهذه المشكلة وإعادة الحقوق إلى الضحايا (Sullivan, 2013).

انعدام الكياسة

في بعض الأوقات لا يكون التنمر واضحًا. من أمثلة التنمر انعدام الكياسة. يخلق السلوك الفظ بيئة ضارة للمرضى (Covell, 2010). ويشمل انعدام الكياسة سلوكيات كالآتي:

١. الوقاحة.

٢. عدم الاحترام.

٣. سلوكيات غير مهذبة.

٤. قلة اللياقة.

من أمثلة هذه السلوكيات العدوانية الآتي:

١. الصياح في وجه الآخرين.

٢. الإهانة.

٣. نشر الإشاعات.

٤. تدمير أو سرقة ملكيات الآخرين.

مثال:

٥. قام ريد مارتين، مدير تمريض، بتشجيع إحدى الممرضات الخريجات حديثًا وهي جوى جابريل على تقديم عرض عن التمريض للزملاء بغرض تحسين ثقتها بنفسها. وفي الاجتماع الشهري لطاقم العمل، قامت جوى بإعداد عرض عن الضماد الإطباقي (occlusive dressing). جوى خجولة وتخشى من التحدث أمام الجمهور. يبدو صوت جوى مرتجفًا، وقامت بإسقاط بعض الضمادات التي تستخدمها للشرح في أثناء حديثها. كريستي ساندرسون، ممرضة مسجلة، بدأت في الحملقة بشدة في جوى، ثم بدأت تتثاءب وتتنهد بصوت مرتفع في أثناء قيام جوى بالشرح. في نهاية الاجتماع بدأت كريستي بأخبار زميلاتها أن الاستماع لعرض جوى كان مؤلمًا ومملاً. سمعت جوى تعليقات كريستي المؤلمة.

٦. هذا المثال لا يرتقي بشكل جلي إلى مستوى التنمر. ولكن بالرغم من ذلك على المدير أن يواجه كريستي ويوضح أن الإشارات التي قامت بها ليست لائقة. (أوضح الفصل التاسع أن الإشارات غير الشفهية ولغة الجسد أكثر تأثيرًا وقوة على الأشخاص من التواصل اللغوي). يجب أيضًا ألا يتم التسامح مع سلوك كريستي لما قامت به من الاستهزاء غير المباشر بجوى. بالإضافة إلى اقتراح التوجيه ومعاقبة كريستي، إلا أنه من المفضل أيضًا إخبار زملاء كريستي بالنتائج السلبية لمثل هذه الأفعال الفظة. أيضًا على المدير أن يشكر جوى ويخبرها أن أداءها في العرض كان متميزًا، ويعتذر عن التعليقات غير اللائقة التي قالتها كريستي. أيضًا، على المدير أن يؤكد لجوى أن المشكلة قد تم حلها حتى لا يتعرض زميل آخر لتعليقات غير لائقة كهذه.

العنف

يعد العنف والمضايقات بين الزملاء من أمثلة درجات التنمر المرتفعة. انظر المثال التالي:

جانا روسي هي إحدى الممرضات المسجلات في إحدى الوحدات الطبية. في الساعة السابعة صباحًا تولت جانا وردية رعاية خمسة مرضى من الممرض المسجل جريج روبسون، والذي يعمل بصفة مؤقتة في المؤسسة. بمجرد أن راجعت جانا تقارير أدوية المرضى الجدد، أدركت أنّه كان من المقرر أن يحصل المريض على حقن وريدي بأحد المضادات الحيوية في الساعة 23:00، ولكن الممرض لم يذكر في تقريره هذه الجرعة. وبعد أن راجعت جانا مخزون الأدوية وجدت جرعة المضاد الحيوي التي كان من المفترض أن يأخذها المريض في الساعة 23:00. ولكن جريج كان قد رحل من الوحدة. ووفقًا لسياسة المستشفى، قامت جانا بكتابة تقرير عن الجرعة الناقصة وتقديمها للمدير. بعد يومين، اعترض جريج طريق جانا وبدأ بالصراخ في وجهها أمام الزملاء قائلاً: "كم أنت غبية!"، "كنت تريدين أن تجعلي صورتي سيئة أمام المدير، أليس كذلك؟".

هذا النموذج يظهر كم تصبح مشكلات طاقم العمل صعبة الحل أحيانًا. إذا كنت مدير هذه الوحدة، كيف كنت ستتعامل مع هذا الموقف؟ إليك بعض البدائل. قد يبلغ المدير وكالة التوظيف التي عينت جريج عن سلوكه، ويطلب منهم ألا يعينوا جريج بصورة مؤقتة مرة أخرى، ولكن هذا سيترتب عليه ضرورة إيجاد بديل ليحل محل جريج، وسيظل المدير قلقًا من سلوكيات الممرضين المؤقتين الذين قد تقدمهم إليه وكالة التوظيف. أيضًا جريج هو الممرض الوحيد الذي يعمل في الوردية المسائية. ويمكن للمدير أن يتحدث ويتشاور مع جريج حول ما حدث ويبين أن ما فعله يعد انتهاكاً لسياسة المؤسسة. وفي النهاية على المدير أن يبلغ مشرفه، ويناقش الأمر مع وكالة التوظيف التي عينت جريج ويطلب منها أن توفر ممرضاً كفئاً آخر للعمل مكان جريج في الوردية.

على المدير أن يحمي الموظفين من الأفعال المتنمرة التي قد يفعلها زملاؤهم، أو التي يفعلها الزملاء ضد تلاميذ التمريض. يجب أن تتعامل بحزم مع البلاغات عن الأفعال المتنمرة، وتسجل هذه الأفعال، وتستخدم الإستراتيجية المناسبة لحل هذا الصراع. ولكن إذا تم ترك الأفعال المتنمرة بدون رد فعل فإنها سوف تتصاعد وتستمر.

ويجب أن تحذر من الآتي: فإذا أصبح الموقف مهددًا للبعض يجب أن تحصل على مساعدة عاجلة ويفضل أن تكون مساعدة من الأمن. انظر إلى الفصل التالي.

كيفية التعامل مع مشكلات السلوك

انظر النموذج الآتي لإحدى مشكلات الموظفين المعقدة.

يتشارك جميع العاملين بمركز تصوير الأشعة غرفة استراحة واحدة. ظل العاملون بالمركز طوال الأشهر الماضية يشتكون لمديرة التمريض السيدة جولى فريدريكسون، حيث إن وجباتهم وزجاجات الصودا وغيرها من متعلقات الطعام الخاصة بهم تسرق من ثلاجة غرفة الاستراحة. في أحد الأيام دخلت جولى إلى غرفة الاستراحة حتى تشرب فنجاناً من القهوة، ولكنها وجدت الدكتور جيبسون وهو طبيب مختص بالأشعة يأكل إحدى الكعكات، ويفتح حافظات طعام الزملاء وينظر إلى ما تحتويه من طعام. رد الدكتور قائلاً "ليس لدي الوقت للخروج وشراء الطعام، أنا متأكد من أن ممرضيك لن يمانعوا مشاركة طعامهم مع طبيب جائع".

إذا كنت مكان جولى مديرة تمريض المركز، كيف كنت ستتعامل مع هذا الموقف؟ الدكتور جيبسون كان يسرق. حتى وإن كان ما يسرقه أشياء غير غالية. أيضًا، تسبب سلوك الدكتور جيبسون في تجويع بعض الممرضين، كما كان هذا التصرف مهينا بالنسبة لهم. ويدل سلوكه على أن حاجات الدكتور أهم من بقية الممرضين. وقامت المديرة بإبلاغ مشرفها بالواقعة وواجهت الدكتور بهذا، ولكن الطبيب، الذي هددها بأنه سيقدم شكوى ضدها إلى الإدارة، هدأ وعرض أن يقدم بيتزا مجانية لجميع طاقم العمل في اليوم التالي، ووافق على ألا يسرق طعام الآخرين مجددًا (نعم، استخدمت المديرة كلمة "السرقة").

ويتعرض المديرون والممرضون لمثل هذه المشكلات مع الموظفين غير الأكفاء، كثيري التذمر، والمسيئين بالتصرف واللفظ كذلك، فقد يعاني البعض من مشكلات تعاطي كحول أو مخدرات.

الموظفون غير الأكفاء

بعض الموظفين، بغض النظر عن عدد المرات التي يتم توجيههم فيها أو عقابهم، لن يصلوا أبدًا إلى المستوى المتوقع من الكفاءة (Arnold, Pulich, & Wang, 2008)، هؤلاء الموظفون غير الأكفاء عادةً ما يكونون مهملين في العمل، أو لديهم مهارات تواصل ضعيفة، أو يتخذون قرارات غير ملائمة. ولا يفيد العقاب مع هؤلاء الموظفين.

يشكل الموظفون غير الأكفاء تحديا فريدًا للمديرين. وتعد إستراتيجية تجاهل المدير للمشكلة أو تحسين هؤلاء الموظفين غير مجدية. وأيضًا تؤدي هذه الإستراتيجية إلى زيادة الشكاوى المقدمة من بقية طاقم العمل المضطرين للقيام بأعمال الموظفين غير الأكفاء، وهو ما يؤثر على معنويات الوحدة.

وقد يتبع المدير كذلك سياسات المؤسسة في تطبيق العقاب التصاعدي، أو إنهاء عمل هؤلاء الموظفين (انظر الفصل ١٩)، ولكن هذا قد يتسبب في تقليل عمل العاملين بالوحدة، بشكل يؤثر على سير العمل بها. أيضًا قد يحافظ الموظف على أدائه الضعيف، ولكنه سينجح في العمل لدى مؤسسة أخرى.

في بعض المؤسسات (المؤسسات الحكومية والمتعاملة مع نقابات العاملين) على المدير أن يتبع سلسلة من الإجراءات الحازمة لإتمام قرارات العقاب، أو إنهاء الخدمة. بسبب الوقت والجهود العظيمة المبذولة للانتهاء من هذه الإجراءات قد يتجاهل المديرون المشكلة، ويتركون هذا السلوك دون تعامل (Abbassi, Hollman, & Hayes, 2008).

إذن من الضروري أن يتعامل المدير مع مشكلات الموظفين غير الأكفاء وتحسين أدائهم. فإذا لم يقم المدير بالتحدث بحزم مع الموظف غير الكفء، ورسم خطة لتحسين أداء الموظف، ومتابعة هذا الموظف واتخاذ القرارات التصحيحية إذا ما استمر أداؤه ضعيفًا بعد التوجيه، فإنه بذلك سوف يخذل جميع الموظفين الأكفاء الذين يعملون لديه (Weston, 2009). إذا كان المدير مثابرًا وعادلاً ومتماسكًا فإن الموظفين سينظرون إلى سياسات المؤسسة على أنها سياسات عادلة (Henle, Kohut, & Booth, 2009).

الموظفون الساخطون

الموظفون الساخطون هم من يتذمرون بشكل مستمر، وهذا السلوك يؤثر على معنويات الوحدة. يتذمر هؤلاء الموظفون على أي شيء وعلى كل شيء، ولكن أغلب شكواهم وتذمرهم يكون ضد المؤسسة. قد ينشر هؤلاء الموظفون تذمرهم أمام العامة، وهو ما يعطي الآخرين انطباعاً سيئاً عن المؤسسة. بالرغم من أنه من الممكن إدراج هذا السلوك تحت لائحة المشكلات السلوكية، إلا أن التذمر قد يكون من صفات الموظف، ويمكن معالجة التذمر من خلال الآتي:

- ضع معايير للأداء واشرحها للموظفين.
- سجل ملاحظات حول وقائع التذمر.

- تصرف في الحال، وكن متماسكًا أمام طاقم العمل.
- استخدم أدوات التوجيه التي تم تناولها في الفصل التاسع عشر .
- تابع أداء الموظف المتذمر.

وتوضح دراسة الحالة (٢١-١) كيفية تعامل المدير مع موظف لديه إحدى المشكلات السلوكية.

دراسة الحالة (٢١-١). مشكلات طاقم العمل:

جيني مارشال مدير تمريض في إحدى الوحدات الجراحية العاملة بمستشفى مخضرم. وتخدم وحدة المرضى الذكور كبار السن. فليتشيا راتسون ممرضة مسجلة تعمل بالوحدة منذ ثلاث سنوات. منذ توظيفها، قامت فليتشيا بثقب كثير من الأماكن في وجهها مثل أنفها وحاجبها ولسانها. وغالبًا ما تضع فليتشيا حلقاتٍ وحلياً كبيرة في ثقوب وجهها. منذ فترة وجيزة، قامت فليتشيا بدق أوشام على جسمها واضحة للعيان مثل عنقها وكتفيها. ثم بدأت تاتي الى العمل ملونة خصال شعرها بلون قرمزي.

ومع زيادة وضوح عدد ثقوب وجه وأوشام فليتشيا، بدأ المرضى وعائلاتهم يخبرون جيني بأنهم لا يرغبون بأن تكون فليتشيا الممرضة المسؤولة عنهم أوعن ذويهم. بعض المرضى يشعرون بالخوف من شكل فليتشيا غير التقليدي. تحدث جيني مع فليتشيا وأخبرها بشأن خوف المرضى منها وبسياسات المنظمة حول المظهر العام. غضبت فليتشيا وقالت لجيني إن مظهرها أمر يعبر عن شخصيتها ولا يؤثر على أدائها كممرضة.

بدأت فليتشيا بإخبار الجميع عن محادثتها مع جيني وبدأت بالحديث بصوت عالٍ وغير لائق في الردهة. وسألت فليتشيا السعاة عن العائلات والمرضى الذين قدموا شكوى فيها لدى جيني. في اليوم التالي، سألت فليتشيا مرضاها إذا كانوا يعانون من مشكلة معها. عادت فليتشيا إلى جيني وأخبرته بأنه لا يوجد مريض لديه مشكلة معها أو مع مظهرها. بعد أن تحدث جيني مع قسم الموارد البشرية حول موقف فليتشيا، تم تقديم إنذار مكتوب الى فليتشيا بشأن لون شعرها وثقوب وجهها وأوشامها وسلوكها غير اللائق مهنيًا مع مديرها. أخبر جيني فليتشيا بأنه عليها أن تزيل الحلي التي تضعها في أنفها وحاجبيها قبل أن تاتي الى العمل، وأن تحافظ على لون شعرها الطبيعي. واخبرها أن حلق لسانها يجب أن يكون صغيرا وغير واضح للعيان، كما يجب ان تغطي ملابسها جميع الأوشام التي دقتها فليتشيا.

وأعطى جيني نسخة من القانون الفيدرالي وقرارات المحاكم التي أقرت أن الأوشام وثقوب الوجه لا تعبر عن الحرية الشخصية، وأن على المنظمات أن تضع السياسة التي تراها ملائمة حول المظهر الشخصي والزي الرسمي للعاملين بها. وأخبر جيني فليتشيا أن سلوكها لم يكن مهنياً أو لائقًا، وأنها أرعبت المرضى، ولهذا فان سلوكها سيصنف كمضايقة وأحد أشكال العنف في موقع العمل. أخيرًا، اكد جيني على فليتشيا بأن أية مشكلة يجب أن تتحدث معه هو فقط فيها، ولا يجب إقحام المرضى أو طاقم العمل في هذه الشكلة. إذا لم تنفذ فليتشيا هذه الأوامر خلال عشرة أيام فإنه سوف يتم إنهاء عملها بالمستشفى.

الدروس المستفادة:

على مدير التمريض أن يقوم بالآتي:

- التعرف على سياسات الموارد البشرية الخاصة بالمنظمة.
- تطبيق السياسات باستمرار على الموظفين.
- إخبار الموظفين بشأن مخالفتهم لسياسات المنظمة في الوقت المناسب وبالطريقة الملائمة.
- أن يتعامل بمهنية مع الموظفين الغاضبين.
- كن دقيقًا واجمع الأوراق والمستندات المؤيدة لموقف ما عن مشكلة محددة.
- تواصل مع قسم الموارد البشرية اذا تم الاحتياج لذلك.

الموظف الذي يعاني من مشكلة تعاطي

لم يتم تحصين مهنة التمريض من مشكلة تعاطي المواد المخدرة التي باتت منتشرة في المجتمع، ولا تدمر مشكلة الإدمان حياة الممرض فحسب، بل أيضًا تعرض حياة المرضى للخطر، وتحمل المؤسسة المعينة لهذا الممرض مسؤولية كبيرة.

من الضروري التعرف المبكر على مشكلة تعاطي الكحوليات أو المخدرات، وإحالة المصاب به إلى المعالجة الفورية. وهناك أعراض وإشارات واضحة تعد دليلاً على مشكلة تعاطي الممرضين (انظر الصندوقين ٢١-١ و٢١-٢).

بالإضافة إلى هذه العلامات، على مدير التمريض أن يكون منتبهًا لعلامات تعاطي المواد المخدرة الخاصة بالعمل (انظر الصندوق ٢١-٣).

إذا اكتشف المدير هذه العلامات عليه أن يبدأ فورًا بالتحقيق حول هذه الإشارات وإعلام الإدارة بالمشكلة.

الصندوق (٢١-١). إشارات تعاطي الكحوليات والمخدرات.

- تاريخ العائلة في مسألة تعاطي المخدرات والكحوليات.
- التغير الملحوظ على الممرض في موقع العمل (سواء إذا كان قد ظهر في نفس المنظمة أو في منظمة اخرى).
- تاريخ مرضي قديم حول عدم قدرة الممرض على تحمل الألم.
- انخفاض أداء الموظف بشكل ملحوظ.
- عدم الاهتمام بالمظهر الشخصي.
- الشكوى من المشكلات العائلية أو الشخصية.
- الحصول على إجازات بداعي المرض أو الطوارئ أو الحوادث.
- شكاوى الزملاء من الموظف.
- تقلب المزاج/ الاكتئاب/ محاولات الانتحار.
- الاهتمام بطريقة السيطرة على آلام المرضى.
- الذهاب بشكل مستمر الى دورة المياه.
- الانعزالية (طلب البقاء في الوردية الليلية، أو تناول الطعام في أثناء الاستراحة وحيدًا).
- التبرير للشعور الدائم بالإرهاق.
- صعوبة إنهاء العمل وفقاً للجدول الزمني.
- تفسيرات غير مقنعة عن أسباب عدم الحضور إلى العمل

الصندوق (٢١-٢). الإشارات الجسدية الدالة على تناول المخدرات أو الكحوليات.

١. الارتعاش، العصبية، ارتعاش اليدين.
٢. الكلام غير الواضح.
٣. أعين دامعة واتساع أو ضيق حدقة العين.
٤. التعرق الغزير.
٥. المشية غير المستقرة.
٦. أنف سائبة.
٧. الغثيان والتقيؤ والإسهال.
٨. فقدان أو اكتساب الوزن.
٩. الإغماء (فقدان الذاكرة في أثناء الوعي).
١٠. ارتداء ملابس ذات أكمام طويلة دائمًا.

الصندوق (٢١-٣). مؤشر تعاطي المخدرات من موقع العمل.

١. التعداد غير الصحيح للأدوية المخدرة بالعمل.
٢. تغيير أماكن الاحتفاظ بالأدوية المخدرة.
٣. التناقض في التقارير الطبية للمرضى وتعديلها باستمرار.
٤. إهدار عدد كبير من الأدوية المخدرة.
٥. اختلاف كمية الأدوية المخدرة التي تحتاجها الوحدة بين الورديات.
٦. استمرار شكاوى المرضى من أن المسكنات التي يحصلون عليها لا تقلل من آلامهم.

مجالس الدولة المختصة بمهنة التمريض

تعد مجالس الدولة المختصة بمهنة التمريض مسؤولة عن حماية العامة والتعامل مع مشكلات الممرضين المتعاطين للمخدرات، وتختلف قوانين الإبلاغ عن الممرض المتعاطي للمخدرات ونتائجه من ولاية إلى أخرى، ولكن أغلب مجالس الدولة تطلب من مديري التمريض أن يبلغوا عن الزملاء الذين يتعاطون (Collins & Mikos, 2008).

هناك برامج مختلفة للتعامل مع مشكلة التعاطي بدلاً من التعريض للعقاب فقط، ومنها تقديم المساعدة والإشراف على هؤلاء الممرضين. وتختلف هذه البرامج من ولاية لأخرى. مثلاً، يقدم برنامج مساعدة ممرضي كنساس (Kansas Nurse Assistance Program (KNAP المساعدة للممرضين المتعاطين للمواد المخدرة (Sidlinger & Hornberger,2008). هؤلاء الممرضون الذين يتم علاجهم من خلال برنامج مساعدة ممرضي كنساس بنجاح لا يتم الإبلاغ عنهم في مجلس دولة كنساس (Kansas State Board of Nursing, 2008).

إستراتيجيات التدخل

بمجرد أن يكتشف المدير أن أحد الممرضين يتعاطى مخدرات عليه أن يخطط لطريقة التدخل لعلاج هذه المشكلة. وبمساعدة قسم الموارد البشرية والإدارة، على المدير أن يراجع سياسات المؤسسة وإجراءاتها، وقوانين إجازة عمل التمريض، والبرامج البديلة التي قد تساعد الممرضين إن تواجدت (انظر الجزء السابق).

قبل التدخل، على المدير أن يجمع المعلومات والتقارير الخاصة بسلوك الممرض، والتي تدل على تعاطيه للمواد المخدرة. وتشمل التقارير الآتية :- تقارير الغياب والتأخر على العمل (خاصة تلك التي حدثت مؤخرًا)، وتقارير المرضى المشتكين من عدم جدوى مسكناتهم أو الرعاية غير الجيدة التي يتلقونها، وتقارير شكاوى الممرضين الزملاء من أداء الممرض المخصوص بالذكر، وتقارير عن الإشارات والعلامات الجسدية التي تظهر في أوقات مختلفة. يجب تسجيل الوقت والتاريخ والسلوكيات بشكل دقيق.

ثم على المدير أن يحدد المصادر المناسبة لمساعدة الممرض. وتعد برامج مساعدة العاملين (employee assistance program (EAP) من مصادر المساعدة الداخلية، وذلك إذا كانت المؤسسة تنظم مثل هذا البرنامج، أو إذا كان الممرضون الزملاء الذين عانوا من مشكلة تعاطي سابقة قد صمموا برنامجاً مشابهاً لمساعدة المتعاطين الحاليين، ومن المصادر الخارجية للمساعدة أسماء وأرقام هواتف مراكز المعالجة أو الممرضين المتعاطين للمخدرات سابقًا (إذا كانوا معروفين)، أو مجموعات المتعاطين للكحول أو للأدوية المخدرة (Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous). من المهم أن تكون قائمة المساعدات متنوعة حتى يتأكد الممرض صاحب المشكلة من أنه سوف يتعامل مع أفراد يعرفون كيف يشعر، كما يجب أن يعرف كيف يصل لهذه المصادر. ولكن هذا الدعم غير كافٍ. ويعد الفشل في تقديم هذه القائمة من مصادر المساعدة، مثل إخبار مريض السكر بأنه مريض سكر، ولكن لا تعرف كيف يمكنه الحصول على الأنسولين.

بالإضافة إلى مساعدة الممرض، يجب على مدير التمريض أن يراجع بنود التأمين الصحي الخاصة بمعالجة الإدمان. كثير من مؤسسات التأمين تعد العلاج الناجح من الإدمان إحدى وسائل تقليل استخدام خدمات الرعاية الصحية الأخرى ، ومن ثم تقل تكاليف الرعاية الصحية، ولهذا يغطون تكاليف معالجة الإدمان حتى يشجعوا المصابين بالإدمان من الاشتراك في برامج التعافي. ولكن لا تقدم بعض مؤسسات التأمين هذه الخدمة. على المدير أن يراجع بنود التأمين، لأن عدداً كبيراً من الممرضين يشتركون في برامج التأمين الصحي الخاص بالمؤسسة. كثير من السياسات التأمينية لا تغطي تكاليف معالجة الإدمان للعاملين بالمؤسسة، ولكنها قد تقدمها لغير العاملين بتكاليف منخفضة. حتى وإن لم يتمكن الممرض من الحصول على تغطية لتكاليف علاجه يمكنه أن

يحصل على خدمات رعاية منخفضة التكاليف. وتعد مجموعات المتعاطين للكحول والأدوية المخدرة بدائل فعالة لعلاج ومساعدة المدمنين، وتكون خدماتها مجانية.

والغرض من عملية التدخل هو جعل الممرض يذهب إلى المكان المناسب الذي سيمكن المدير من تقييم حجم المشكلة. ويوصى بالذهاب إلى مراكز العلاج أو المعالجين المتخصصين في علاج تعاطي المخدرات من أجل تحديد حجم المشكلة، فقد يكون لديهم الخبرة المطلوبة لتشخيص المرض وعلاجه.

على المدير وقسم الموارد البشرية والإدارة أن يحددوا رد الفعل المقبول الذي يجب أن يتخذه الممرض. إذا رفض الممرض أن يذهب للتقييم، فماذا ستكون العواقب؟ في هذه الحالة يجب تنفيذ سياسات المؤسسة ومجلس الدولة المختص بمهنة التمريض، كما يجب أن يحدد المدير نتائج هذا الفعل (العقاب أو إنهاء الخدمة) ويكون مستعدًا لتنفيذها. أغلب المختصين في حالات علاج إدمان الممرضين ينصحون أن يُمنح الممرض فرصة التقييم والمعالجة من إدمانه. إذا رفض الممرض ذلك، على المدير أن يتخذ إجراءات العقاب الخاصة بهذه الحالات وأن يبلغ مجلس الدولة المختص بمهنة التمريض.

بمجرد أن تم تحديد السياسات والاستعداد للتدخل، يجب أن يحدد موعداً للتخلي على الفور. قد يطلب المدير من الآخرين أن يشاركوا في عملية التدخل، ولكن يجب أن تكون محدودة ومقتصرة على الممرضين الذين عانوا سابقًا من مشكلة الإدمان وعلى موظفي قسم الموارد البشرية أو الإدارة. في بعض المؤسسات، يتم إشراك أصحاب مناصب المستويات الإدارية العليا في عملية التدخل، في تلك الحالة، على مدير التمريض أن يخبر الإدارة بكل نتائج عملية التدخل، وأن يقدم التقارير المؤيدة لكلامه. ويجب أن يشارك المدير في عملية التدخل حتى يفصح عن جميع المعلومات المرتبطة بالمشكلة، ويحاول الرد على محاولات إنكار الممرض.

يجب أن تتم عملية التدخل في الوقت والمكان المناسبين بحيث تكون المقاطعات في الحد الأدنى. من الأفضل أن تتم مفاجأة الممرض بهذا الاجتماع. فإذا كان الاجتماع مخططًا، يستطيع الممرض أن يجد الوقت ليبحث عن مبررات وطرق للدفاع عن نفسه.

يجب أن يواجه المدير الممرض بالأدلة السلوكية التي تشير إلى مشكلة تعاطي مخدرات، ويطلب من الممرض أن يجري تقييماً وكشفاً حتى يتم التأكد من هذه الأدلة. من الضروري التركيز

على المشكلات السلوكية، وليس مشكلات الأداء، حيث إن الممرض قد عانى من العار والذنب بسبب مشكلة تعاطيه. ويجب على المدير أن يصف مشكلة الإدمان على أنها مرض يجب التعافي منه: وهذا حتى يصبح الممرض أكثر تقبلا للمشكلة وضرورة معالجتها.

في أفضل الحالات، يعترف الممرض بالمشكلة، ويكون ممتناً لمحاولة مساعدته ويكون راغبًا في الذهاب لتلقي العلاج. من الأفضل أن يذهب الممرض إلى مكان العلاج بعد إجراء هذه المواجهة على الفور، وذلك قبل أن يعدل الممرض عن رأيه، وذلك إذا استطاع المدير ترتيب ذلك قبل المواجهة.

بالطبع، سينكر بعض الممرضين هذه المشكلة، ولهذا على المدير أن يستمر في مواجهة الممرض بالحقائق. إذا رفض الممرض الذهاب لإجراء الفحص والتقييم، على المدير أن ينفذ سياسات العقاب التي تنصها المؤسسة. إذا كان الممرض تحت مفعول المخدرات أو الكحول، يجب أن يتم إبعاده فورًا عن وحدات الرعاية. على المدير أن يطلب من أحد ما (أحد أفراد العائلة أو زملاء العمل) أن يوصله إلى المنزل، وذلك سواء إذا كان سيخضع للعلاج أم لا، لأن التوتر الناجم عن المواجهة قد يؤثر سلبيا على قيادة الممرض.

إذا وافق الممرض الخضوع للفحص أو العلاج، يجب رسم عدد من الخطط لهذا الإجراء. يجب أن يحدد الممرض الموعد الذي سيذهب فيه إلى مركز العلاج، ويكون هذا الموعد معروفاً لدى جميع الأطراف (كلما كان أسرع، كان أفضل، حتى وإن توقف الممرض عن التعاطي) ويجب أن يخبر الممرض المدير بالنتيجة وبالإجراء الذي سيقوم به. من الممكن مخاطبة المركز بأن يرسل نسخاً من تقارير علاج الممرض إلى المدير مباشرة، ولكن القانون الفيدرالي المتعلق بسرية المريض تمنع أن يتم إبلاغ أحد بحالة المريض، إلا إذا تم الحصول على موافقة مكتوبة من المريض للحصول على هذه المعلومات. لأن الهدف من العلاج هو التعافي، والعودة إلى العمل، فإن أغلب المؤسسات تطلب من الممرض أن يعطيها هذه الموافقة أو الإذن.

ويتوقف قرار السماح بعودة الممرض إلى العمل أو الاطمئنان إلى أن الممرض لن يعود مرة أخرى إلى التعاطي في أي وقت من الأوقات على توصيات المركز المعالج. ويتطلب التعافي من المواد المخدرة استقبال الممرض للمكوث في المركز لفترة من الزمن. إذا أراد الممرض أن يقدم إجازة

للحصول على العلاج، يمكن أن يحصل على إجازة مرضية، أو يحصل على إجازة بدون مرتب طوال المدة التي يغيب فيها عن العمل (انظر إلى قانون المعاقين الأمريكيين وتعاطي المخدرات)

العودة للعمل

يجب التخطيط بحذر لعودة الممرض إلى العمل، سواء تغيب عن العمل لفترة ما أو لم يتغيب. يجب على المدير والإدارة أن ينتبهوا إلى أنه مازال من الخطر على الممرض أن يتمكن من الوصول إلى المواد المخدرة التي كان يتعاطاها (المدمنون) فهذا يمكن أن يعرض مرحلة تعافيه للخطر. من المفضل أن يعود الممرض إلى العمل، ولكن قد لا يدرك الطاقم المعالج للممرض مدى خطورة تعريض الممرض بشكل دائم ويومي إلى الأدوية المخدرة التي تتواجد في المستشفى. ولكن بالرغم من ذلك تعد العودة للعمل أحد الأمور الضرورية التي تمكن الممرض من التعافي مرة أخرى.

يمكن التعامل مع هذه المعضلة بطريقتين مختلفتين. الطريقة الأولى هي إعادة الممرض إلى العمل ولكن في موقع يقل فيه التعامل مع الأدوية المخدرة، كالحضانات، أو قسم التعليم والتأهيل، أو الرعاية المنزلية ،أو وحدة غسيل الكلى، وذلك بصفة مؤقتة (غالباً ما تكون لمدة عامين). بالرغم من أن إعادة التعيين في مكان مختلف يعد مشكلة للمؤسسة ويخذل أمل الممرض، إلا أنه من الأفضل اتخاذ هذا الإجراء حتى لا يتم تعريض فترة تعافي الممرض إلى الخطر ويعود لتعاطي المخدرات مرة أخرى. ولكن هذا الإجراء يعد غير ضروري للممرضين المدمنين على الكحول.

أما الطريقة الثانية فهي إعادة الممرض إلى موقع عمله دون تعريضه بصورة مباشرة للتعامل مع الأدوية. قد يمنع قانون الولاية أو سياسة المؤسسة الممرضين العائدين إلى العمل بعد العلاج من مشكلات الإدمان أن يكونوا مسؤولين عن إدارة الأدوية، أو أن يحملوا مفاتيح مخازن الأدوية، أو يعملوا لوقت إضافي. وهذا يتطلب أن يعرف أحد زملاء الممرض بحالته، وأن يتولى هو مهمة إعطاء الأدوية المنومة والمسكنة لمرضى المريض المتعاطي سابقاً. ولأن هذه الخطوة تتطلب إفشاء سر الممرض يجب أن تقرر الإدارة والزملاء إذا كان هذا الأمر ضروريا أم لا، ويجب أن يوافق الممرض على إفشاء هذا السر.

من الممكن أن يتم منع الممرض المتعافي من العمل في الورديات المسائية أو الليلية. يجب أن يتم تفصيل عقد خاص بعودة الممرض إلى العمل، ويوضح هذا العقد قيود العمل. قد يتطلب العقد

أن يشترك الممرض في جماعات تعافي من الإدمان، ويقدم نتائج تحليل بول بصفة دائمة ليثبت أنه لم يعود إلى الإدمان. ويجب أن يكون للممرض المتعافي زميل يدعمه في العمل.

هذه القيود توضع فقط على الممرضين أصحاب مشكلات تعاطي أدوية مخدرة سابقًا، ولكن هذه القيود يتم تخطيطها وفق لحاجة العمل، وحجم ضغوطه، والحاجة إلى تدوير ورديات العمل.

قانون المعاقين الأمريكيين وتعاطي المخدرات

بدء تطبيق قانون المعاقين الأمريكيين (The Americans with Disabilities Act (ADA) في عام ١٩٩٠ وتم تعديله ٢٠٠٩ (وزارة العدل الأمريكية). ويطبق القانون على المؤسسات التي تعين خمسة عشر شخصًا فأكثر. ويمنع هذا القانون التمييز في الأمور المتعلقة بتوظيف الأفراد (مثل التفرقة بين إجراءات الفصل والتعيين بين الأفراد)، كما يمنع التفرقة بين الموظفين العاديين والموظفين أصحاب العاهة أو الإعاقة. ولأن تعاطي المخدرات والمواد الكحولية يحد من الأنشطة التي يستطيع الفرد القيام بها، فإن قانون المعاقين الأمريكيين يعد الإدمان نوعاً من أنواع الإعاقة. ويحمي القانون المتعاطين السابقين من التمييز، ولكنه يشمل هؤلاء الذين تم التعرف على إدمانهم فقط من خلال الاعتراف أو فحصهم. ولكن لا يحمي القانون الفرد الذي يتعاطى أو يكون تحت تأثير الكحول في موقع العمل من العواقب التي قد يترتب عنها هذا التعاطي.

يجب أن يحصل الممرض صاحب مشكلة إدمان على نفس حقوق الممرض صاحب إعاقة سمعية. وهذا يعني أن الاثنين يتساويان في الإجازات المرضية، وفرص العلاج، ونفس التسهيلات الوظيفية. ومن التسهيلات الوظيفية التي يمكن منحها للممرض صاحب مشكلة إدمان الآتي: أن يعمل في مكان لا يكون لديه حرية الوصول إلى الأدوية المخدرة، وأن يحرم الممرض من عملية تدوير الورديات، كما يحرم من أن يتولى مهام الممرض المسؤول، وهكذا. أيضًا، يجب أن يبقى تاريخ تعاطي الموظف سريًا. ويشير القانون إلا أنه يجب إبقاء تقارير الموظف صاحب التاريخ الإدماني السابق سرية وأن توضع في أماكن مخصصة لها، ويكون الوصول إليها ممنوعاً إلا للذين من المفترض أن يكونوا على علم بهذه المعلومات.

مثل أي مرض حاد، فإنه من الممكن أن تحدث انتكاسة في تعافي الممرض. لا يوضح القانون كيفية التعامل مع انتكاسات تعافي الموظفين. ومن الحكمة، أن يتواصل مدير التمريض مع قسم الموارد البشرية والإدارة في هذه الحالة، وأن يتشاوروا فيما يتعلق بنصوص قانون المعاقين الأمريكيين.

تتطلب بيئة عمل الرعاية الصحية الحالي أن يكون كل ممرض في قمة أدائه وكفاءته. ولا تستطيع المؤسسات أن تتحمل تكاليف حماية الموظفين الذين يعانون من مشكلات إدمان. أيضًا لا يمكن السماح بفصل الموظف ليذهب إلى مؤسسة أخرى، ويعرض نفسه والمرضى إلى الخطر. يجب على مدير التمريض أن يكون قادراً على التعرف على إشارات تعاطي المخدرات، ويتعلم كيف يتدخل لحل هذه المشكلة ويساعد الممرضين على التعافي والعودة إلى العمل مرة أخرى. يجب أن يتم توفير المساعدة والتدخل من أجل حماية سلامة المرضى، ولتقديم مساعدة إنسانية إلى الممرضين المدمنين.

ويعد التعامل مع المشكلات السلوكية للموظفين تحدياً يجب أن يواجهه المدير، ولكن خطوات التعامل مع هذه المشكلات مشابهة للخطوات التي تمت مناقشتها في الفصل التاسع عشر. ومن الضروري تعريف المشكلة، والتدخل في حلها، ومتابعتها. بالإضافة لذلك على المدير أن يكون عادلاً ومثابرًا في أثناء التعامل مع هذه المشكلات.

الخلاصة:

• يزيد التنمر من عدم الرضا الوظيفي للموظفين ونسب الاستقالات، كما قد يعرض المرضى للخطر.

• تعد التصرفات الفظة والعنف من أشكال التنمر.

• تعرض سلوكيات الموظفين المضايقة للآخرين والغاضبة وغير المقبولة الزملاء والمرضى للخطر.

• يجب أن يحدد مديرو التمريض مشكلات الموظفين مبكرًا ويتدخلوا لحلها.

• تعريف ومواجهة ومعالجة الممرضين أصحاب مشكلات الإدمان سوف يساعد المؤسسة والمدير والممرض المصاب.

• لا يكون لتعاطي المخدرات أثر تدميري على حياة الممرض المتعاطي فحسب، بل يهدد حياة المرضى أيضًا، ويعرض المؤسسة لمساءلة قانونية.

• يجب أن يكون المدير مثابرًا وعادلاً ومتسقًا عندما يتعامل مع مشكلات الموظفين.

أدوات إدارة مشكلات طاقم العمل:

١. تحديد السلوك المتنمر والتدخل لعلاجه.

٢. تسجيل جميع وقائع المشكلات السلوكية.

٣. محاولة حل الصراعات والمشكلات السلوكية بمجرد ظهورها.

٤. استشارة قسم الموارد البشرية والإدارة قبل التدخل في حل المشكلات الخطرة كمشكلة تعاطي المخدرات.

٥. استخدام أساليب التوجيه والعقاب أو الفصل إذا تم الاحتياج لذلك، راجع الفصل التاسع عشر.

التقويم:

١. هل عملت أو درست مع شخص يسبب المشاكل؟ (أغلبنا قد فعل) كيف ظهرت المشكلة؟ كيف تم التعامل معها؟ ما طريقة الحل التي كنت تتمنى أن يتم تطبيقها على هذه المشكلة؟

٢. هل شاهدت أحد مواقف التنمر، أو هل تعرضت للمضايقات من قبل؟ كيف تعاملت أو تعامل الآخرون مع الأمر؟

٣. هل تعلم ما علامات تعاطي المخدرات؟ هل شاهدت شخصاً ما يعاني من آثار المخدرات؟ ما الأعراض التي ظهرت عليه؟ ما الذي حدث؟

٤. باستخدام النماذج التي تم شرحها في الفصل، كيف يمكنك التعامل مع مشكلات السلوك؟

المراجع

Abbassi, S. M., Hollman, K. W., & Hayes, R. D. (2008). Bad bosses and how not to be one. *The Information Management Journal, 42*(1), 52–56.

American Nurses Association. (2010). House of Delegates Resolution. Hostility, abuse and bullying in the workplace. *The Kansas Nurse, 85*(6), 17.

Arnold, E., Pulich, M., & Wang, H. (2008). Managing immature, irresponsible, or irritating employees. *The Health Care Manager, 27*(4), 350–356.

Baird, C. (2010). Spotting alcohol and substance abuse. *American Nurse Today, 4*(7), 29–31.

Broome, B. A. (2008, Winter). Dealing with sharks and bullies in the workplace. *ABNF Journal*, 28–30.

Christmas, K. (2007). Workplace abuse: Finding solutions. *Nursing Economics, 25*(6), 365–367.

Miracle, V. A. (2008). A healthy work environment. (Editorial). *Dimensions of Critical Care Nursing, 27*(1), 41–42.

Paris, L. G., & Terhaar, M. (2011). Using Maslow's pyramid and the national database of nursing quality indicators to attain a healthier work environment. *The Online Journal of Issues in Nursing, 16*(1). Retrieved August 22, 2011 from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Articles-Previous-Topics/Maslow-and-NDNQI-to-Assess-and-Improve-Work-Environment.aspx

Rivera, R. R., Fitzpatrick, J. J., & Boyle, S. M. (2011). Closing the RN engagement gap: Which drivers of engagement matter. *Journal of Nursing Administration, 41*(6), 265–272.

Salt, J., Cummings, G. G, & Profetto-McGrath, J. (2008). Increasing retention of new graduate nurses. *Journal of Nursing Administration, 38*(6), 287–296.

U. S. Department of Labor. (2011). *The Family and Medical Leave Act (FMLA)*. Retrieved August 22, 2011 from http://www.dol.gov/compliance/laws/comp-fmla.htm

Weston, M. J. (2010). Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(1). Retrieved August 22, 2011 from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Enhancing-Autonomy-and-Control-and-Practice.aspx

Wisotzkey, S. (2011). Will they stay or will they go? Insight into nursing turnover. *Nursing Management, 42*(2), 15–17.

الفصل الثاني والعشرون

الاستعداد للطوارئ

الاستعداد للطوارئ

أنواع الطوارئ:

١. الكوارث الطبيعية

٢. الكوارث البشرية

٣. درجات الكوارث

الجهود القومية للاستعداد للكوارث

استعداد المستشفيات للكوارث

١. خطة عمليات الطوارئ

٢. فرز مصابي الكوارث

٣. المهارات الأساسية التي يحتاجها الممرضون

٤. استمرار تقديم الخدمات

٥. أثر الحادثة على طاقم العمل

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. نماذج للكوارث التي تتطلب استعدادًا مسبقًا.

٢. حالات الطوارئ المحتملة الحدوث.

٣. كيف تفرز المستشفى الحالات الطارئة؟
٤. تحديد المهارات التي يجب أن يحوزها الممرض حتى يعد نفسه للتعامل مع الطوارئ.
٥. كيفية إعداد المستشفى لتستمر في تقديم خدمات الرعاية في أثناء الطوارئ؟
٦. تحديد أثر الكوارث على الموظفين.

الاستعداد للطوارئ

بدأ الاهتمام القومي والمحلي بمدى استعداد المؤسسات الصحية للحالات الطارئة والكوارث منذ أحداث الحادي عشر من سبتمبر عام ٢٠٠١. قد تنتج حالة الطوارئ من وقوع الكوارث الطبيعية (مثل الأعاصير، والفيضانات، والزلازل)، أو قد تنتج من الحوادث التي تحدث بفعل الإنسان (مثل حالات تسرب المواد الخطرة) أو من الأحداث الدولية (مثل العمليات الإرهابية). بغض النظر عن الأسباب، يجب أن تكون مؤسسات الرعاية جاهزة للتعامل مع الإصابات الكبرى الناتجة عن هذه الطوارئ (انظر الصندوق ٢٢-١).

الصندوق (٢٢-١). أمثلة الكوارث.

الكوارث الطبيعية:

١. الفيضانات.
٢. الأعاصير.
٣. الزلازل.
٤. الانهيارات الأرضية.
٥. حرائق الغابات.
٦. الأوبئة والاجتياح (مثل تفشي أوبئة الإنفلونزا، SARS سارس، إنفلونزا الطيور H1N1).

الكوارث التي تحدث بفعل الإنسان:

١. حوادث.
- انهيار المباني أو الكباري.
- تسرب المواد الصناعية.
- انقطاع الطاقة.

٢. تهديدات دولية:
- الانفجارات.
- حوادث الاغتيال، أو القنص، أو إطلاق النيران العشوائي.
- تسرب السموم (كيميائية، عضوية، بيولوجية، نووية، وإشعاعية).
- الحرائق المتعمدة.

أنواع الطوارئ

الكوارث الطبيعية

والكوارث الطبيعية هي تلك التي لا تحدث بفعل الإنسان. من أمثلة الكوارث الطبيعية الآتي: الفيضانات، والأعاصير، والبراكين، وموجات الحر، والعواصف الثلجية. يساهم الموقع الجغرافي في طرق الاستعداد للكوارث الطبيعية. الأماكن الساحلية يجب أن تستعد للأعاصير، والولايات الواقعة على خط نهر الميسيسيبي يجب أن تستعد للفيضانات والمناطق المتواجدة على السهول يجب أن تستعد للأعاصير المدارية والزوابع.

أيضًا تعد الكوارث الصحية نوعاً من أنواع الكوارث الطبيعية. ومن أمثلة الكوارث الصحية، الأوبئة التي تنتشر بسرعة بين الناس، والاجتياحات المرضية التي تنتشر على مستوى العالم. ومن أمثلة الأوبئة، مرض الالتهاب الرئوي الحاد (SARS) والإيدز (AIDS) والبكتيريا المقاومة للمضادات الحيوية، وفيروس الأيبولا، وفيروس الإنفلونزا (H1N1)، إلخ.

الكوارث البشرية

للأسف، أصبحت الكوارث الناتجة بفعل الإنسان أكثر انتشارًا في هذا الزمن من العقود السابقة، حيث كانت التهديدات بزرع قنبلة مجرد إشاعات وخدع. أما حاليًا، فقد أصبحت التهديدات بزرع قنابل، والقيام بتفجيرات تأخذ بمحمل الجد، ويجب أن يرد أحد المسؤولين ليؤكد أو ينفي هذه التهديدات.

قد تصبح الكوارث البشرية مجرد حوادث، أوقد تكون تهديدات دولية. ومن أمثلة الحوادث، انهيارات المباني والكباري، وتسرب المواد الصناعية، وانقطاع الطاقة. أيضًا، قد تتم

مهاجمة الأنفاق، والملاعب الرياضية، والطائرات. وقد تتسبب الانبعاثات الكيميائية والعضوية والبيولوجية والإشعاعية والنووية في انتشار الأمراض أو الوفيات. ومن أمثلة المواد السامة التي قد تتسبب في كوارث الجمرة الخبيثة، والسموم البكتيرية، والاسبستوس، والسموم العضوية.

درجات الكوارث

يمكن تصنيف الكوارث إلى مستويات محددة كالآتي:

- المستوى الأول: تحتاج إلى رد فعل محلي، ويكفي أن يتم احتواء الكارثة حتى تمر منها المحليات.
- المستوى الثاني: التي تحتاج إلى رد فعل إقليمي.
- المستوى الثالث: يحتاج إلى مساعدات دولية (Smeltzer *et al.*, 2010).

يجب أن تستعد جميع مؤسسات الرعاية الصحية للكوارث الطبيعية والبشرية والحوادث المتسببة في حدوث دمار متسع النطاق (mass casualty incidents (MCI)). ولكن للأسف، قد تكون الجهود دون المستوى المطلوب للمرور بسلام من الكوارث.

كشفت دراسة عن المركز القومي للإحصاءات الصحية (The National Center for Health Statistics (NCHS)) أن نصف مستشفيات الولايات المتحدة فقط لديها خطة لمواجهة الكوارث، من خلال إعداد مناطق بديلة بها أسرة وطاقم عمل وأدوات طبية إضافية لاستقبال المصابين (Niska & Shimizu, 2011). ولكن أكثر من نصف المستشفيات تجري تدريبات للاستعداد للكوارث. وخلصت الدراسة إلى أن الاستعدادات التي تقوم بها المؤسسات حاليًا للتعامل مع الكوارث لا تصل إلى مستويات الإعداد الكامل للكوارث. ولهذا يجب توجيه الجهود القومية لتطوير إجراءات إدارة الأزمات بالمؤسسات الصحية.

الجهود القومية للاستعداد للكوارث

على المستوى القومي، أطلقت اللجنة المشتركة والحكومة الفيدرالية مبادرات لمساعدة مؤسسات الرعاية الصحية على الاستعداد للكوارث (Sauer *et al.*, 2009). ووسعت اللجنة المشتركة من معايير الاستعداد للكوارث لتشمل الحد من الحصر، والاستعداد، والاستجابة، والتعافي (The Joint Commission, 2009). وأصدرت الحكومة الأمريكية ، من خلال مبادرات

قومية، قرارات بإنشاء مكتب للأمن القومي(Office of Homeland Security). وأصدر الكونجرس الأمريكي قانوناً بشأن الإرهاب البيولوجي والاجتياحات المرضية. أيضًا أنشأ الكونجرس الوكالة الفيدرالية لإدارة الكوارث (Federal Emergency Management Agency (FEMA) من أجل تنسيق جهود إدارة الكوارث.

استعداد المستشفيات للكوارث

يجب على المستشفيات أن ترسم خططاً لإدارة الطوارئ (The Joint Commission, 2009). ومن أهم مسببات نجاح إدارة الطوارئ بالمستشفيات هو إعداد **خطة عمليات الطوارئ** ((emergency operations plan (EOP)). ويجب أن تشمل الخطة وسائل للاستعداد وتعليم وتدريب وتطبيق عمليات مواجهة المواقف الطارئة.

خطة عمليات الطوارئ

وتشمل خطط المستشفيات لعمليات الطوارئ المكونات الآتية:

- الاستجابة الفعالة.
- خطة تواصل.
- خطة تنسيق رعاية المرضى.
- خطة أمنية.
- خطة السيولة المرورية.
- إستراتيجية إدارة البيانات.
- توافر الموارد (Smeltzer *et al.*, 2010).

أخيرًا، يجب أن تشمل خطة عمليات الطوارئ عدة خطط لإلغاء حالة التأهب، ومتابعة سير عمليات ما بعد الكوارث وجدولة تدريبات جديدة للاستعداد للكوارث.

وتطبيق عمليات الطوارئ يشمل ثلاثة مكونات وهي: التخطيط، والاستعداد، والممارسة .(Smeltzer *et al.*, 2010)

التخطيط

تشمل عملية التخطيط قيام المستشفى بترتيب وتحديد أكثر من ثلاثة أو خمسة احتمالات حوادث متوقعة الحدوث، مبنية على موقعها الجغرافي. مثلاً، إذا كان المستشفى قريباً من مصنع ما، فإنه يبني خطة عمليات الطوارئ على إمكانية حدوث تسرب لمواد صناعية ما. وإذا كان المستشفى قريباً من المحيط الأطلنطي فعليه الاستعداد لاستقبال ضحايا الأعاصير المدارية. وإذا كان المستشفى في إحدى المناطق الشاسعة بولاية كنساس فعليه الاستعداد لحالات الأعاصير. وبمجرد تحديد احتمالات الكوارث التي قد تحدث، فإنه سيتم التخطيط لكيفية استقبال المرضى والمصابين المحتملين.

الاستعداد

يشمل الاستعداد تعليم طاقم العمل وتدريبه على استقبال الطوارئ. وتحتاج المستشفيات إلى تدريب الموظفين بالمعرفة والمهارات المطلوبة لمواجهة الكوارث، ويمكن استخدام المحاضرات ونماذج محاكاة آلية للاستعداد. يجب تقييم معارف ومهارات الموظفين، وإذا كان الأمر ضرورياً، يجب إعادة التدريب على الاستعداد للطوارئ.

الممارسة

يجب على المستشفيات أن تختبر خطط عمليات الطوارئ الخاصة بها مرتين في العام (The Joint Commission, 2009). والمحاكاة لواقعة ما يعد إحدى طرق الممارسة، ويجب أن يتم تنفيذ مواقف واقعية، واستخدام مرضى على سبيل المحاكاة (Sauer, 2011). يجب أن تنفذ المحاكاة في المناسبات التي تكون فيها أعداد المرضى بالمستشفى أقل ما يمكن، وذلك بغرض اختبار مدى استعداد المؤسسة. يجب أن يجرى تقييم لخطة المستشفى لعمليات الطوارئ سنوياً.

فرز مصابي الكوارث

مثل نظام الجيش في معالجة مصابي الحرب، على المستشفيات أن تتبع نظام فرز جديداً، بحيث لا تقوم بمعالجة أكثر الحالات حدة وأشدها إصابة أولاً كما هو معروف. بدلاً من ذلك يجب أن يستخدموا مواردهم المحدودة في معالجة المصابين الذين يستطيعون الاستفادة من هذه الموارد (Kirwan, 2011). ومن أمثلة أنظمة الفرز نظام الفرز البسيط والعلاج السريع (The Simple Triage

and Rapid Treatment (START) انظر للموقع (www.start-triage.com). الهدف هو معالجة أكبر قدر ممكن من المصابين في أكثر وقت ممكن. في حالات الكوارث الشديدة التي تكون فيها أعداد المرضى كثيرة، فإن الوقت الثمين يجب أن يوجه لمساعدة المصابين بإصابات طفيفة أولاً، ثم يتم الاهتمام بالحالات المصابة بشدة، وهكذا.

المهارات الأساسية التي يحتاجها الممرضون

يعد الاتحاد التعليمي القومي لإعداد الطوارئ (The National Emergency Preparedness Education Coalition (2003)) قائمة بالمهارات التي يجب أن يحصل عليها الممرض للاستعداد للطوارئ، وتشمل الآتي:

• التفكير النقدي: يختلف التفكير النقدي في حالات الكوارث عن الحالات الطبيعية. فقد تغرق الكوارث المستشفيات بأعداد لا حصر لها من المصابين، ويتم تغيير نظام الفرز التقليدي للمستشفى، كما قد يقلق المرض على أسرته المتواجدة في المنزل، ولهذا فإن قدرة الممرض على وضع الأولويات، وأن يستخدم الحس الإكلينيكي، ويتخذ القرارات المناسبة هي التي تنجح من الاستجابة للحالات الطارئة (Coyle, Sapnas, & Ward-Presson, 2007).

• التقييم: ويشمل التقييم كلا من التقييم الذاتي والتقييم الخاص بالمواقف المعينة (Coyle, Sapnas & Ward-Presson, 2007). قد يكون تقييم المرضى قائماً على الإصابات الجسدية، كما توجد أيضًا إصابات نفسية. مثلاً: في أثناء كارثة تفشي مرض سارس SARS، قد تمتلئ المستشفى بالحالات النفسية التي يعتقد أنها مصابة بالمرض، وأنها تعاني من أعراض السارس. يجب أن يعالج نظام الفرز هذه الحالات أيضًا.

• المهارات التقنية: بالإضافة إلى المهارات العلاجية، يجب على الممرض أن يعالج المرضى بالطريقة المناسبة، ويخطط لنقلهم إلى مواقع أخرى، ويحافظ على سلامتهم في أثناء وقوع الحادثة. أيضًا، يجب على الممرض أن يتعرف على طبيعة المواد الخطرة والسامة، ويطبق آليات العزل، ويستخدم الأدوات التي تحميه من العدوى.

• التواصل: عند التعامل مع حالات الإصابات البالغة، يجب أن يكون هناك تواصل مع المستشفى ومع المسؤولين المحليين، ومن المفضل استخدام نظام لتتبع المرضى في أثناء إقامتهم بالمستشفى، وهو ما يساعد على متابعة الموظفين لحالات المرضى، وحتى يتمكن ذوو المرضى من التعرف على حالة أفراد أسرتهم والاطمئنان عليها (Kirwan, 2011)

استمرار تقديم الخدمات

ويتمثل تعقيد الاستعداد للطوارئ في بناء نظام يسمح للمستشفى بالاستمرار في تقديم خدماتها في أثناء حدوث حالات الطوارئ. يمكن أن تتوقف المهام الروتينية. قد يعوض انقطاع التيار الكهربائي عن طريق استخدام المولدات، ولكن الأجهزة الحاسوبية يجب أن تتوقف عن العمل، عند حدوث ذلك، كيف ستبلي أنظمة إدارة الدواء وإعداد التقارير الطبية؟ كيف سيستمر توثيق الحالات المرضية؟ قد تتأثر عملية إعادة تموين الأدوية والطعام والمياه والمعدات. ماذا سيحدث إذا تم وقف عملية إعادة الإمداد بسبب الكارثة (مثلاً، إذا لم تستطع السيارات التي تحمل الأدوية الذهاب للمستشفى بسبب غرق الطرق بفعل الفيضانات)؟ بالإضافة لذلك، كيف ستتعامل المؤسسة مع التدفقات الكبيرة من المرضى، أو الإصابات التي تأتي إليها؟ أيضًا، إذا تم الاحتياج لإخلاء المستشفى، كيف ستتم هذه العملية؟ يجب أن تتضمن خطة عمليات الطوارئ هذه السيناريوهات.

من الضروري تعريف قدرات المستشفى باستخدام تقييم المخاطر (Edwards *et al.*, 2007). غالباً ما تكون المستشفيات هي الخط الرئيس الذي يتوجه إليه المصابون في حالات الطوارئ، ولكن من الصعب التعامل مع التدفقات غير المحدودة للمصابين إلى المستشفى في هذه الحالات . ولهذا يجب تقييم القدرات، والموارد، والتعليم، والتدريب.

وتصف القدرة الاحتياطية (Surge capacity) قدرة المؤسسة على التوسع والتنقل عندما تواجه زيادات مرتفعة في أعداد المرضى (Hick *et al.*, 2008). يتم وضع إستراتيجيات نقل العمليات الطارئة من خلال التخطيط السابق قبل استقبال التدفقات الكبيرة من المرضى . ويشمل نظام القدرة الاحتياطية:

• العاملين.

• المؤن.

• المكان.
• البنية التحتية للإدارة.

تُعرَف هذه المكونات بمصطلح "اللوازم والطاقم والبنية" (stuff, staff, and structure)" (Barbisch & Koenig, 2006). ففي موقع الحادثة وعند تدفق أعداد كبيرة من المصابين، على المستشفى أن تأخذ قراراً بالانتقال إلى مكان بعيد عن موقع الحادثة، ويتم اتخاذ قرارات وتقييمات سريعة، ثم يتم اتخاذ إجراءات نقل الأنشطة. يتم التأكد من أن كافة المكونات في مكانها الصحيح من خلال الاستعداد والتدريب والمحاكاة. من الضروري إجراء تقييم بعد الحادثة حتى يتم تقييم الأداء، وإجراء تحسينات على النظام المتبع.

أثر الحادثة على طاقم العمل

يتأثر طاقم العمل وفقا لطبيعة الحالة الطارئة التي تقع. مثلا، قد يمرض طاقم العمل، أو قد تغرق منازلهم في حالة الفيضانات، أوقد يتركون أبناءهم في المنزل، ويرغبون في العودة للاطمئنان عليهم. مع فقدان عدد من طاقم العمل، كيف ستستقبل المؤسسة وترعى الأعداد المتزايدة من المرضى؟

يجب أيضًا الأخذ في الاعتبار باحتمال تعب وإرهاق الموظفين جسديًا ونفسيًا. يجب أن تتوافر المعدات الواقية لطاقم العمل، ويجب أن يتدرب الموظفون على استخدامها وكيفية تقييمها في أثناء الطوارئ. وتشمل الأدوات الواقية أدوات حماية الجهاز التنفسي والأعين والوجه واليد والأذرع والجسد.

ويساعد التعليم والتدريب وأنظمة المحاكاة طاقم العمل في التعامل مع حالات الإصابة القصوى والطوارئ (Williams, Nocera & Casteel, 2008). ومن أهم العوامل المؤثرة على نجاح عمليات الاستعداد للطوارئ هو رغبة طاقم العمل في المجيء إلى المؤسسة في حالات الكوارث (Davidson *et al.*, 2009). ويشمل نظام القدرة الإضافية للمستشفى على نظام طلب طاقم العمل للعودة إلى المستشفى في أثناء الكارثة، ولكنه لا يحدد مدى رغبة طاقم العمل في الذهاب إلى المؤسسة في أثناء الكارثة (Cone & Cummings, 2006).

كثير من العوامل تؤثر على قرار طاقم العمل في العودة للمؤسسة في أثناء الكارثة منها: احتياجات العائلة، والمخاوف على السلامة الشخصية، والمسؤولية المهنية، والخبرات السابقة مع الكوارث، وعلاقة الموظف مع المؤسسة ورغبته في مساعدتها (Davidson *et al.*, 2009).

يجب تقييم هذه العوامل حتى يتم التعرف على رد فعل طاقم العمل. لهذا على المؤسسة أن تبني علاقة وثيقة مع موظفيها حتى تقلل من مخاوفهم على أسرهم وعلى أنفسهم. ولكن بالطبع سيظل قلق الموظفين على حيواناتهم وأطفالهم وذويهم وسلامتهم الشخصية عاملاً مهمًا في التأثير على قراراتهم للعودة إلى العمل (Davidson *et al.*, 2009).

بالإضافة إلى تعقيد إعداد المستشفيات للطوارئ، فإن المستشفى قد لا تتلقى مقابل لخدمات الرعاية التي تقدمها، كما أنه قد لا تتمكن من تحقيق أو وضع معايير لخدمة المرضى، كما لا تتحمل مسؤولية تحقيق سلامة المتطوعين، أو سلامة الخدمات التي يقدمونها للمرضى (Hodge *et al.*, 2009). ولكن بالرغم من ذلك قد تحسنت قدرة المستشفيات على الاستعداد للكوارث عن العقود الماضية، ومن المتوقع أن تستمر في التحسن في المستقبل.

توضح دراسة الحالة (٢٢-١) كيفية قيام المستشفى بالاستعداد للطوارئ.

دراسة الحالة (٢٢-١). الاستعداد لحالة طوارئ وشيكة الحدوث.

تنبأ خبراء الأرصاد الجوية بسقوط ١٥ بوصة من الثلج خلال الأربع والعشرين ساعة القادمة. من المتوقع ان تتعرض البلدة لعاصفة ثلجية كبيرة لم تتعرض لها منذ سنوات عديدة. الجميع يعاني من حالة هلع بسبب العاصفة المتوقعة والتي قد تغلق البلدة. أرادت إدارة مستشفى جبل بيثيل أن تتأكد من أنها مستعدة للعاصفة الثلجية قبل حدوثها، وان لديها خطة طوارئ محكمة للتعامل مع المرضى وتقديم خدمات رعاية مستمرة.

من المتوقع أن تتساقط الثلوج في الرابعة عصراً. حضر المديرون والإداريون مبكرًا هذا اليوم في الساعة السابعة صباحًا من أجل التخطيط للكارثة الوشيكة. قرروا أن يرسلوا رسائل الى طاقم العمل المخطط له العمل في الورديات المسائية ليطلبوا منهم القدوم مبكرًا الى المستشفى. وستقدم المستشفى العشاء لهؤلاء الموظفين الذين يأتون مبكرًا عن وقتهم. وهدفت عمليه إحضار الموظفين مبكرًا عن مواعيد بدء وردياتهم وقبل موعد العاصفة حتى تتأكد المستشفى من أن عملياتها ستستمر في أثناء وقت العاصفة في المساء. كما طلبت منهم الإدارة ان يحضروا حقيبة ملابسهم وذلك إذا اضطروا للبقاء في المستشفى لليوم التالي، كما شجعتهم المستشفى على البقاء للوردية الصباحية في اليوم التالي.

طلبت الإدارة من الموردين ان يزيدوا كمية الطعام والمؤن وذلك حتى تكون جاهزة خلال الأيام التي لن تستطيع سيارات الموردين الوصول فيها الى المستشفى بفعل الثلوج. وصلت طلبيه الطعام كما كان مخططاً لها، وشملت جميع الأطعمة التي طلبتها الإدارة. تم ايصال طلبيه الأغطية والبياضات في نفس يوم الطلب، وكانت الطلبية هي ضعف الكمية المعتادة من الأغطية لأن بقية المنظمات طلبت طلبيات إضافية من الأغطية. نوهت الإدارة في خطتها إبلاغ الموظفين أن يحافظوا على موارد الأغطية والبياضات تحسبًا لعدم وصول طلبية جديدة في اليوم التالي بفعل الثلوج. وطلب المستشفى من الموظفين بالوردية الصباحية أن يبقوا بالمستشفى بعد موعد ورديانهم وطلبت منهم العمل لليوم التالي أيضًا. وسيمنح لكل موظف سرير وبطانية ووجبة. كما سمحت المستشفى للعاملين باستخدام مرافق الاستحمام بها. وافق أغلب الموظفين بالوردية الصباحية على البقاء في المستشفى حتى يتجنبوا القيادة في أثناء العاصفة وحتى يحلوا محل الذين لن يستطيعوا الحضور في اليوم التالي.

استعد المستشفى جيدًا للعاصفة. تمكن المستشفى من العمل بشكل طبيعي بسبب استعداده الجيد قبل حدوث العاصفة. كان طاقم العمل كريماً بحيث بقى في المستشفى في أثناء العاصفة لتقديم خدمات الرعاية للمرضى. خلال ٣٦ ساعة عادت الطرق نظيفة كما كانت، وعادت أنشطة البلدة لطبيعتها مجددا. تمكن طاقم العمل من العودة إلى المنزل ووصلت طلبات الطعام والأغطية في موعدها، وعاد العمل الى طبيعته مرة أخرى. سعدت الإدارة من قدرتها على التخطيط بنجاح للعاصفة الطارئة.

الخلاصة:

- تشمل الطوارئ الكوارث الطبيعية والبشرية والأفعال الإرهابية.
- تركز الجهود القومية على إعداد المستشفيات للطوارئ، ومن المنتظر أن تزيد هذه الجهود خلال العقود القادمة.
- على كل مؤسسة أن تضع خطة عمليات للطوارئ.
- تكون طريقة فرز الحالات المرضية في أثناء الطوارئ عكس الطبيعي: هدف الفرز هو علاج الأفراد في أقصر وقت ممكن بالموارد المتاحة.
- التخطيط والاستعداد والممارسة هي خطوات إدارة الطوارئ.
- يجب أن يحصل الممرض على مهارات إدارة الأزمة وهي التفكير النقدي والتواصل والمهارات التقنية والتقييم.
- والقدرة الإضافية للمستشفى هي قدرة المستشفى على توسع ونقل خدماتها لمواجهة الأعداد المتزايدة من المرضى.

• تساعد التدريبات والتعليم والمحاكاة على الاستعداد لمواجهة الأعداد الكبيرة من المرضى.

• يجب أن تربط المؤسسة وموظفيها علاقة وثيقة بحيث تقلل من قلق الموظفين على أسرهم وعلى سلامتهم الشخصية.

أدوات الاستعداد للطوارئ وتجنب العنف:

١. التعرف على خطة المستشفى لعمليات الطوارئ.

٢. الاشتراك في محاضرات التعليم والتدريب للاستعداد للطوارئ.

٣. التدرب على الفرز العكسي في أثناء الطوارئ.

٤. تذكر أن الكوارث سوف تمثل تحديا في إدارة المسائل العائلية وتحقيق السلامة الشخصية، وقد يؤثر ذلك على رغبتك في الذهاب للعمل.

٥. عندما تقع الكوارث يجب تذكر التدريب الذي حضرته وتبدأ في ممارسة دورك كما تعلمت.

التقويم :

١. هل تعلم ما يجب عليك فعله في أثناء الكوارث؟ اكتب الخطوات التي سوف تتخذها. حاول الحصول على نسخة من خطة عمليات الطوارئ الخاصة بمؤسستك وقارنها بقائمتك وقيم نفسك.

٢. تخيل موقف طوارئ مع زملائك. تحدوا أنفسكم في وضع خطوات للتعامل مع الكارثة. شارك تجربتك مع الآخرين.

٣. هل شاركت في محاكاة للطوارئ من قبل؟ كيف أديت تدريبك؟ وكيف تعاملت المؤسسة مع المحاكاة؟ وهل رأيت تحسناً في قدراتك؟

٤. هل شاركت في حالة طارئة أو كارثة فعلية من قبل؟ إذا حدث ذلك شارك تجربتك مع أحد الزملاء.

المراجع

Barbisch, D., & Koenig, K. L. (2006). Understanding surge capacity: Essential elements. *Academic Emergency Medicine, 13*(11), 1098–1102.

Cone, D. C., & Cummings, B. A. (2006). Hospital disaster staffing: If you call, will they come? *American Journal of Disaster Medicine, 1*(1), 28–36.

Coyle, G. A., Sapnas, K. G., & Ward-Presson, K. (2007). Dealing with disaster. *Nursing Management, 38*(7), 24–29.

Davidson, J. E., Sekayan, A., Agan, D., Good, L., Shaw, D., & Smilde, R. (2009). Disaster dilemma: Factors affecting decision to come to work during a natural disaster. *Advanced Emergency Nursing Journal, 31*(3), 248–257.

(2009). Major influences on hospital emergency management and disaster preparedness. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 3*(Supplement 1), S68–S73.

Smeltzer, S., Bare, B., Hinkel, J., & Cheever, K. (2010). *Brunner and Suddarth's*

Edwards, D., Williams, L. H., Scott, M. A., & Beatty, J. (2007). When disaster strikes: Maintaining operational readiness. *Nursing Management, 38*(9), 64–66.

Hick, J. L., Koenig, K. L., Barbisch, D., & Bey, T. A. (2008). Surge capacity concepts for health care facilities: The CO-S-TR model for initial incident assessment. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2*(Supplement 1), 551–557.

Hodge, J. G., Garcia, A. M., Anderson, E. D., & Kaufman, T. (2009). Emergency legal preparedness for hospitals and health care personnel. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 3*(Supplement 1), S37–S44.

textbook of medical–surgical nursing (12th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

The Joint Commission. (2009). Emergency management in *The Joint Commission Hospital Accreditation Program.* Oakbook Terrace, IL: The Joint Commission.

Howard, P. K., & Gilboy, N. (2009). Workplace violence. *Advanced Emergency Nursing Journal, 31*(2), 94–100.

Kirwan, M. M. (2011). Disaster planning: Are you ready? *Nursing Made Incredibly Easy, 9*(3), 18–24.

Niska, R. W., & Shimizu, I. M. (2011, March 24). Hospital preparedness for emergency response: United States, 2008. *National Health Statistics Reports*, 37, 1–15.

Nursing Emergency Preparedness Education Coalition. (2003). *Educational competencies for registered nurses responding to mass casualty incidents.* Retrieved August 23, 2011 from http://www.nursing.vanderbilt.edu/incmce/competencies.html

Sauer, L. M., McCarthy, M. L., Knebel, A., & Brewster, P.

Williams, J., Nocera, M., & Casteel, C. (2008). The effectiveness of disaster training for health care workers: A systematic review. *Annals of Emergency Medicine, 52*(3), 211–222.

الفصل الثالث والعشرون

تجنب العنف في مقر العمل

العنف في مؤسسات الرعاية الصحية

١. وقائع العنف في مؤسسات العمل

٢. نتائج العنف بموقع العمل

٣. العوامل المساهمة في حدوث العنف بمؤسسات الرعاية الصحية

تجنب العنف:

١. سياسات غير متسامحة مع وقائع العنف

٢. الإبلاغ والتعليم

٣. بنية المؤسسة

التعامل مع العنف:

١. التدخل الشفهي

٢. واقعة العنف

٣. الوقائع الخطرة الأخرى

٤. المتابعة بعد حدوث وقائع العنف

بعد الانتهاء هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. ما الذي تستطيع المؤسسة فعله لتجنب العنف؟

٢. تحديد التهديدات والسلوكيات المهددة.

٣. كيفية التعرف على العنف المتصاعد؟

٤. كيفية التعامل مع واقعة عنيفة بموقع العمل؟

٥. كيفية متابعة واقعة عنيفة بموقع العمل؟

العنف في مؤسسات الرعاية الصحية

العنف في مقر العمل يشمل أي فعل عنيف موجه إلى شخص يؤدي مهامه الوظيفية في موقع العمل، يشمل أي هجوم جسدي، أو تهديد بهجوم ما . العاملون في وظائف الرعاية الصحية هم أكثر الفئات عرضة للهجمات العنيفة (Howard & Gilboy,2009). أغلب الهجمات تكون من المرضى، ولكنها قد تحدث أيضًا عن طريق عائلات المرضى الغاضبين، الزملاء، العمال، والموظفين (Gates, Gillespie,& Succop, 2011). بعض الهجمات التي تحدث في بيئة العمل تكون تكملة لأحد أشكال العنف المنزلي (Pollack et al., 2010).

من أشكال العنف:

- الأفعال المهددة مثل إلقاء الأغراض، أو لغة الجسد التي تحتوي على معاني تهديد.
- التهديدات الشفهية أو المكتوبة.
- الهجمات الجسدية، مثل الصفع على الوجه، والضرب، والعض، والركل، واللكم، والدفع.
- الهجمات العنيفة، مثل الاغتصاب، والقتل، والهجمات المسلحة باستخدام السكاكين أو المسدسات أو القنابل.

وقائع العنف في مؤسسات العمل

تحدث وقائع العنف في مؤسسات الرعاية الصحية أكثر من أي موقع عمل آخر (U.S. Department of Health and Human Services 2008). ولكن الإعلام يهتم بوقائع العنف التي تحدث في أماكن العمل الأخرى أكثر من العنف الذي يحدث في مؤسسات الرعاية الصحية (Gates, Gillespie, & Succop, 2011). هذا بالرغم من تزايد أعداد الهجمات العنيفة في مؤسسات الرعاية الصحية (U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, 2009).

نتائج العنف بموقع العمل

تتفاوت أعمال العنف من حيث الحدة والإصابات الجسدية الناتجة عنها، حيث تتراوح بين الإعاقة المؤقتة أو الدائمة، أو الصدمة النفسية، أو قد تصل حدة العنف إلى الوفاة (Howard & Gilboy, 2009). أكثر الأماكن تعرضًا لأعمال العنف في مؤسسات الرعاية الصحية هي العيادات النفسية، وغرف الطوارئ، وغرف الاستقبال، ووحدات رعاية المسنين، بينما تعد العيادات الخارجية من أقل الأماكن التي حدثت بها أعمال عنف (Nachreiner *et al*., 2007).

بالإضافة إلى إيذاء الموظفين، فإن العنف قد يؤثر على معنويات الموظفين، ويزيد من التوتر بين الموظفين، ويزيد من الشعور بعدم الثقة في الإدارة، ويزيد من عدوانية بيئة العمل (Gates *et al*., 2011). بالإضافة لذلك، فإن الموظفين قد يتغيبون أو يستقيلون وهو ما يشكل تكاليف على المؤسسة، كما قد تتحمل المؤسسات تكاليف تأمين الموظفين المصابين.

العوامل المساهمة في حدوث العنف بمؤسسات الرعاية الصحية

ينطوي العمل مع الجمهور على بعض المخاطر، وتزيد هذه المخاطر مع توتر طاقم العمل والمرضى وعائلاتهم (Gates *et al*., 2011). بالإضافة لذلك، تعمل المستشفيات وفق نظام "الباب المفتوح" لاستقبال كافة أنواع الزائرين. ولا تكون ساعات الزيارة مقيدة بوقت ما، ويأتي الزائرون بدون حاجة إلى تسجيل أسمائهم قبل أو في أثناء دخولهم للمستشفى.

قد يتجه المرضى المصابون بصدمة في الرأس، أو التشنجات العصبية، أو الجنون، أو المنسحبين من آثار الكحول ،أو المخدرات، أو المشردين إلى العنف. قد يحضر الجناة والمجني عليهم إلى نفس المستشفى لتلقي العلاج، كما قد تتعرض المستشفى لهجمات أفراد العصابات. بالإضافة لذلك، يساهم توتر وخوف عائلات المرضى على ذويهم في أحداث العنف. أخيرًا، قد يتسبب غياب أفراد الأمن المدربين والمسلحين عن المؤسسة في تقليل أمن المستشفى.

بالرغم من أنه لا يمكن لمؤسسة ما أن تحصن نفسها من العنف، خاصة العنف العشوائي، إلا أنه توجد بعض العوامل التي تجعل من العنف في موقع العمل أمرًا محتملاً ومنها:

• انخفاض أعداد الموظفين عن العدد المقبول به خاصة في وقت إطعام المرضى واستقبال الزيارات.

• ساعات الانتظار الطويلة.

• غرف انتظار ضيقة أو مكتظة.

• العمل وحيداً.

• الأمن غير الكافي.

• دخول العامة في المناطق غير المرخص لهم بالتواجد فيها.

• إضاءة ضعيفة في الردهة، أو الغرف، أو أماكن انتظار السيارات.

لا يتم تسجيل الإصابات الناتجة عن العنف الموجه ضد الممرضين وذلك لعدد من الأسباب (Gacki-Smith *et al.*, 2009). قد لا يعرف العنف في موقع العمل، أو قد لا تقوم المؤسسة بتنظيم سياسات خاصة بتسجيل أعمال العنف التي قد تحدث بها، أو قد يعتقد الممرضون أن الهجمات العنيفة هي جزء من مخاطر المهنة (Ray, 2007). أيضًا قد يخشى الموظفون من أن يتم تصنيف الإبلاغ عن واقعة عنف كأحد أنواع التقصير في أداء العمل (Gacki-Smith, 2009).

تجنب العنف

سياسات غير متسامحة مع وقائع العنف

على مؤسسات الرعاية أن تخلق ثقافة عدم التسامح مع العنف، وتسن سياسات تمنع حدوث العنف وتعبر عن موقفها في ذلك (Gates, Gillespie & Succop, 2011). يجب أن توضح سياسات المؤسسة ما هو الإجراء المتبع عند وقوع أحداث عنف، أو تم التهديد بفعل عنيف. يجب أن توضح السياسات المتعلقة بالمرضى والزائرين نفس الشيء. على وجه الخصوص، يجب إزالة أي شخص يهدد أو يقوم بعمل عنيف من المؤسسة، ويتم الاتصال عند حدوث ذلك بالسلطات المعنية.

يوضح الصندوق (٢٣-١) الأسئلة التي يجب طرحها في أثناء تصميم سياسات تتعامل مع حالات العنف.

الصندوق (٢٣-١). تجنب العنف – أسئلة يجب طرحها:

- هل لدى المنظمة إجراءات واضحة لتسجيل الحوادث أو الوقائع التي قد تحدث في موقع العمل؟
- الى من يقوم الموظفون بالإبلاغ في حالات حدوث العنف؟
- ما المضاعفات التي تصعب على الأفراد الإبلاغ عن حوادث العنف؟
- هل تقدم المنظمة برنامجًا نفسيًا لرعاية العاملين؟ هل هذا البرنامج فعال في مساعدة طاقم العمل على تقليل توترهم؟
- عندما يبلغ أحد افراد طاقم العمل عن قلقه بشان تهديدات عنف، هل يؤخذ إجراء لعلاج المشكلة سريعًا ؟

From: DelBel, J. C. (2003). De-escalating workplace aggression. Nursing Management, 34(9), 30–34.

البلاغ والتعلم

على الموظفين أن يتعلموا كيفية التعرف على إشارات حدوث العنف، وتحديد المحرضين والمهاجمين المحتملين، كما يجب أن يتعلموا مهارات حل الصراع، وتكتيكات تقليل تصاعد وتيرة العنف. كما يجب أن يتم تنبيههم على الطريقة السليمة لتخزين المعدات الطبية التي قد تستخدم كأسلحة (المقص، والسماعات، وغيرها).

يجب أن يتم إخبار الموظفين بالسياسات المناهضة للعنف بمجرد سنها ورسمها حتى يستعدوا لأي واقعة أو كارثة. بالإضافة لذلك يجب أن يعرفوا كيفية الإبلاغ عن الوقائع ومن الشخص المسؤول الذي يجب إبلاغه عند حدوث مشكلات. كما يجب التأكيد على الموظفين أن الإبلاغ عن أي سلوك مهدد لن يلحق بأي محاولات انتقامية.

بنية المؤسسة:

يجب أن تتأكد المؤسسة من بنيتها حتى تضمن سلامة المرضى والزائرين والموظفين. ومن أمثلة الأمور التي قد تتبعها المؤسسة لضمان سلامة ما بها الآتي:

- إضاءة جيدة.
- أجهزة إنذار.
- حواجز مقاومة للرصاص في قسم الطوارئ.
- مرايا عاكسة في الردهات.

بالإضافة لذلك، يجب اتخاذ إجراءات مهنية لضمان سلامة الموظفين منها:

- خدمات مرافقة أمنية.
- تواجد العدد الكافي من الموظفين.
- الاستخدام المناسب لغرف العزل والقيود.
- إخبار طاقم العمل بالمرضى أصحاب تاريخ سابق في الأعمال العنيفة، أو الجنون، أو انسحاب المخدرات.

التعامل مع العنف

التدخل الشفهي

غالباً تسبق أحداث الإيذاء الجسدي تهديدات شفهية، لهذا يجب على جميع الموظفين تعلم أساليب لتقليل عدائية الأشخاص الذين يصدرون تهديدات شفهية (انظر الصندوق ٢٣-٢).

الصندوق (٢٣-٢). إستراتيجيات التدخل الشفهي:

١. البقاء هادئاً.
٢. عزل الفرد المهدد.
٣. انتبه للغة جسدك.
٤. كن بسيطًا.
٥. أعد السؤال.
٦. تبن الصمت.
٧. كن معتدلاً في الحديث.

From: DelBel, J. C. (2003). De-escalating workplace aggression. Nursing Management, 34(9), 30–34.

عندما تواجه موقف عنف محتملاً، حاول أن تبقى صامتًا، حتى وإن كان الفرد الآخر يصرخ في وجهك أو يهددك أو يسيء إليك. حاول أن تبعد هذا الشخص عن الآخرين. حيث قد تشجع الجموع من سلوك المهاجم، أو قد يحاول هذا الشخص أن يحفظ ماء الوجه أمام الآخرين.

كما تعلمت في الفصل التاسع، فإن التواصل غير الشفهي أكثر تأثيرًا من الكلمات المنطوقة، لهذا يجب أن تنتبه إلى لغة جسدك وحاول أن تأخذ مسافة آمنة بينك وبين الشخص المسيء. استخدم

كلمات واضحة ومباشرة، فالتوتر والانفعال قد يصعبان من احتواء الشخص. أعد كلماتك أولاً قبل البوح بها أمام الفرد المسيء، هذا سيجعله يفهم أنك تسمعه جيدًا. الصمت غالباً ما يكون فعالاً، لأنه يجعل الفرد يفكر فيما يقوله وما قاله مما يمنحه فرصة لتهدئة نفسه. أخيًرا، حافظ على نبرة صوتك هادئة، حاول أن تتحدث بنغمة صوت ثابتة ولا ترفع من صوتك وقلل من سرعة حديثك. كل هذه الإستراتيجيات ستقلل من توتر وغضب الفرد (Gates, Gillespie & Succop, 2011).

واقعة العنف

بالرغم من كل جهود الفرد والمؤسسة في منع العنف، إلا أن غضب المهدد قد يتصاعد. في هذه الحالة، يجب أن تتأكد المؤسسة من أن موظفيها مستعدون لحدوث العنف. على كل موظف أن:

- يتعرف على مؤشرات العنف المتصاعد.
- يتعرف على سياسات المؤسسة في التعامل مع العنف.
- يستعد لحماية المرضى والزائرين ونفسه.

على كل موظف أن يتعلم كيف يتنبه للسلوكيات المهددة حتى يعرف متى سيصبح الفرد عنيفًا. على موظفي الأمن أن يراقبوا التصرفات الآتية:

- القبضات المشدودة أو المضمومة.
- التحديق.
- وقفة الاستعداد للضرب (أن يرجع الشخص إحدى قدميه للوراء ويرجع إحدى يديه استعدادًا للضرب).
- رفع الأيدي استعدادًا للضرب.
- الوقوف أمام أو بقرب الشخص بشكل مبالغ فيه.
- حمل أي شيء قد يستخدم كسلاح مثل القلم، فاتحة الأظرف، غرض ثقيل، أو سلاح حقيقي مثل السكين أو المسدس.
- السب العلني (مثل أن يقول الشخص: "سأبرحك ضربًا" أو ما يشابه).
- الوقوف أمام المخرج لمنع أي أحد من الخروج (Sullivan, 2013).

عندما تظهر هذه السلوكيات المهددة، أو إذا أصبح الشخص عنيفًا، يجب على الموظف أن يحمي المرضى والزائرين ونفسه. ويجب استدعاء الأمن فورًا واتخاذ الخطوات المذكورة في صندوق رقم (٢٣-٣).

صندوق (٢٣-٣). كيف تتعامل مع واقعة عنف:

١. الاستدعاء الفوري للأمن.
٢. لا تقم ابدأ بإبعاد الشخص عن السلاح الذي يحمله.
٣. إذا لم يكن الفرد مسلحًا، اطلب من الموظفين مساعدتك في تقييد الشخص العنيف.
٤. ضع بينك وبين الشخص العنيف حاجزاً.

الوقائع الخطرة الأخرى

من أمثلة وقائع العنف الأخرى التي قد تحدث اختطاف طفل، أو تهديد بوجود قنبلة أو بندقية بالوحدة. أغلب المؤسسات الآن تستخدم نظام إنذار لإبلاغ الموظفين بأنه قد تم اختطاف طفل ما مثل نظام الإنذار الوردي (Code Pink)، كما تضع المستشفيات أطواقاً أمنية على يدي الأطفال والآباء حتى تمنع اختطاف أحد الأطفال على يد أحد العاملين أو الممرضين.

تتواجد الشرطة في أغلب المستشفيات للتعامل مع حالات تهديدات القنابل أو البندقيات، كما توجد إجراءات على الموظفين اتباعها في هذه الحالة، كما يتدرب الموظفون على الاتصال برقم ٩١١ الخاص بالمستشفى. أيضًا توجد وسائل إنذار أخرى لإبلاغ الأمن وطلب المساعدة. بالإضافة لذلك يوجد نماذج محاكاة لمشكلات مثل خطف الأطفال، أو تواجد القنابل، أو وقوع حرائق، وذلك حتى يتدرب الموظفون عليها بشكل دوري، ويتم تقييم أدائهم في هذه النماذج. يجب الاهتمام دومًا بسلامة المرضى.

المتابعة بعد حدوث وقائع العنف

دائمًا بعد انتهاء وقائع العنف، يعاني جميع الموظفين من نوع من أنواع الصدمة النفسية أو الجسدية. وأثبتت دراسة لجابتس وجليسبي وسكوب (2011) أن ٩٤٪ من ممرضي قسم الطوارئ عانوا من عرض واحد على الأقل لاضطراب ما بعد الصدمة (posttraumatic stress disorder (PTSD)) وذلك في أعقاب واقعة عنف، كما كشفت الدارسة أن ١٧٪ من الموظفين تم تشخيصهم فعليًا باضطراب ما بعد الصدمة.

يجب متابعة ما بعد وقوع الحادثة، وذلك للتأكد من سلامة المرضى والزائرين وطاقم العمل. ويوضح الصندوق (٢٣-٤) الخطوات التي يجب اتباعها.

الصندوق (٢٣-٤). كيفية متابعة ما بعد واقعة العنف.

١. تأكد من أن الجميع خرجوا من واقعة العنف سالمين.
٢. علاج المصابين فورا.
٣. إعداد تقارير للحادثة والمصابين.
٤. تابع مع قسم الموارد البشرية إجراءات تعويض العاملين مقابل إصاباتهم.
٥. اتصل بالأمن للتعرف إذا كان من الضروري إبلاغ الشرطة أم لا.
٦. الاطمئنان على الموظفين المصابين في منازلهم لإظهار اهتمام المنظمة بسلامة الموظفين، والرد على أي أسئلة يوجها الموظف.

وتوضح دراسة الحالة (٢٣-١) كيف تعامل مدير تمريض مع إحدى حوادث العنف.

أصبح العنف أمرًا واقع في الحياة العملية اليومية، لكن يجب على المؤسسة والأفراد أن يتخذوا الخطوات اللازمة لتقليل التهديدات المحتملة. لأن أعداد طاقم التمريض في انخفاض مستمر، ولأن الممرضين والنساء أكثر تعرضاً للعنف، على المؤسسات أن تتخذ الخطوات اللازمة للحفاظ على سلامة الممرضين وحمايتهم من الأذى. بالإضافة لذلك، يجب أن يتعرف الممرضون على تهديدات العنف المحتملة، وطرق منع العنف من التصاعد. في هذه الحالة قد يتم تجنب العنف أو تقليله.

دراسة الحالة (٢٣-١). العنف في موقع العمل:

ميلان سانشيز هي مديرة تمريض مسؤولة عن وحدة تمريض بها ثلاثون سريرا في أحد المستشفيات الحضرية. ويعد غضب وارتباك المرضى شيئاً طبيعي الحدوث في هذه الوحدة. يتدرب الممرضون والمساعدون على أساليب حل الصراعات والتعامل مع المرضى الغاضبين.

ساندرا بورتر ممرضة مسجلة عملت في الوحدة طوال ستة أعوام من اليوم، وفي أثناء إعطاء الأدوية الى المرضى لاحظت ساندرا أن أحد المرضى الجدد يصرخ-يسمى بالسيد ب-في وجه أحد افراد طاقم العمل. وضعت ساندرا التقرير الذي كانت تعمل به جانبًا وهبت لمساعدة هذا الفرد. حاولت ساندرا تهدئة الموقف شفهيًا، ولكن السيد ب لم يهدأ بل زاد غضبه. عندما طلبت ساندرا ب من زميلها أن يخرج من الغرفة، فوجئت بان السيد ب قام بضربها باستخدام كرسي على ذراعها وكتفها. صرخ المساعد طالبًا النجدة من ميلان وبقية الممرضين. طلبت ميلان فورًا أمن المستشفى حتى يأتوا لمساعدتهم في المشكلة. تمكن طاقم العمل من تقييد السيد ب وقامت ميلان باصطحاب ساندرا إلى قسم الطوارئ لتلقي العلاج. اكتشف أن ذراع ساندرا قد كسر وأنها عانت من تمزق في أربطة الكتف وعدة كدمات أخرى.

بمجرد علاج إصابات ساندرا وإخراجها من القسم، تواصلت ميلان مع مدير قسم الجراحة المسؤول عن مرضي هذا القسم وبقسم الموارد البشرية وأخبرتهم بالواقعة، وطلبت كتابة تقرير عن الحادثة. كما قدمت طلبًا للتعويض عن إصابات ساندرا. طلبت ميلان مسؤول الأمن حتى تعرف اذا كان من المفترض إبلاغ الشرطة بالواقعة أم لا. في اليوم التالي طلبت ميلان ساندرا للاطمئنان عليها وأخبارها أن أحد مسؤولي قسم الموارد البشرية سيتصل بها ليخبرها بإجراءات التعويض المادي مقابل الإصابة. طلبت ميلان من ساندرا أن تتصل بها مباشرة إذا كانت لديها أية تساؤلات أو طلبات.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

- التأكد من أن الإجراءات السليمة قد تم اتخاذها للحفاظ على سلامة طاقم العمل، والاطمئنان على الموظفين المصابين فورًا بعد حدوث واقعة عنف.
- تقديم علاج فوري ومناسب للموظفين المصابين.
- تسجيل تقارير عن الحادثة في الوقت المناسب.
- إخبار الإدارة وقسم الموارد البشرية بشأن الحادثة.
- المتابعة مع قسم الموارد البشرية فيما يخص تعويض المصابين عن الأضرار الجسدية التي عانوا منها.
- التواصل مع الأمن لتحديد إذا كان من الضروري إبلاغ الشرطة بالواقعة.
- الاطمئنان على الموظف المصاب في المنزل للتعبير عن الاهتمام به ومتابعته للإجابة عن أية تساؤلات.
- متابعة مشكلات الجدولة وكيفية حل مشكلة غياب الموظف المصاب.

الخلاصة:

- تتعرض مؤسسات الرعاية الصحية إلى وقائع عنف في مواقع العمل، لكن هذه الوقائع قد لا يتم الإبلاغ عنها.
- من عوامل حدوث العنف في مؤسسات الرعاية الآتي: انخفاض أعداد الموظفين عن العدد اللازم، وحالة المريض، وقلق عائلات المرضى، ومستوى أمان منخفض، وبيئة عمل غير آمنة.
- يجب أن تصمم المؤسسة سياسات غير متساهلة مع وقائع العنف ويجب أن يعرفها جميع العاملين.
- يجب أن يتعرف الموظفون على إشارات التهديدات المحتملة والعنف المتوقع.
- على كل الموظفين التعرف على كيفية الإبلاغ عن التهديدات والسلوكيات المهددة، ومن هو المسؤول الذي يجب إبلاغه بهذه الحالات، وكيفية تسجيل هذه الحوادث.
- يجب أن يتأكد الموظفون أن إبلاغهم عن التهديدات لن ينتج عنه ردود فعل انتقامية.

• على جميع الموظفين التعرف على الخطوات الواجب اتباعها عند وقوع أحداث عنف.

أدوات الاستعداد للطوارئ ومنع العنف:

١. التعرف على التهديدات المحتملة والسلوكيات المهددة وكيفية الإبلاغ عنها.

٢. إنذار طاقم العمل والإدارة بهذه التهديدات.

٣. التعرف على كيفية التعامل مع الشخص العنيف.

٤. التعرف على ما يجب القيام به بعد حدوث واقعة العنف.

٥. التعرف على الأماكن الخطرة بالمؤسسة وإبلاغ الإدارة عن أية ملاحظات.

٦. الانتباه لأي مؤشرات عنف محتملة وإبلاغ طاقم العمل بأن يبقوا حذرين.

التقويم :

١. قيم موقع عملك الحالي. هل هناك أي أماكن تشجع على حدوث العنف؟ صف هذه الأماكن.

٢. ابحث عن سياسات مواجهة العنف في موقع العمل أو الكلية. قم بتقييم هذه السياسات. هل هي كافية؟ ما مقترحاتك؟

٣. هل كنت ضحية لأعمال عنف أو تهديدات عنف؟ كيف تعاملت مع هذا الموقف وما بعده؟ كيف استجاب المسؤولون بمؤسستك لهذا الأمر؟ ما مقترحاتك لتغيير ما حدث أو تغيير رد فعل مديرك؟ هل تتم الأمور الآن بشكل مختلف ؟

٤. كيف تقوم الكلية أو المؤسسة بحماية الأفراد من العنف؟ ما مقترحاتك لتحسين هذه الأفعال؟

المراجع

DelBel, J. C. (2003). De-escalating workplace aggression. *Nursing Management, 34*(9), 30–34.

Gacki-Smith, Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in U.S. emergency departments. *Journal of Nursing Administration, 39*(7/8), 340–349.

Gates, D., Gillespie, G., Smith, C., Rode, J., Kowalenko, T., & Smith, B. (2011). Using action research to plan a violence prevention program for emergency departments. *Journal of Emergency Nursing, 37*(1), 32–39.

Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics, 29*(2), 59–66.

Howard, P. K., & Gilboy, N. (2009). Workplace violence. *Advanced Emergency Nursing Journal, 31*(2), 94–100.

Nachreiner, N. M., Hansen, H. E., Okano, A., Gerberich, S. G., Ryan, A. D., McGovern, P. M., Church, T. R., & Watt, G. D. (2007). Difference in work-related violence by nurse license type. *Journal of Professional Nursing, 23*(5), 290–300.

Pollack, K. M., McKay, T., Cumminskey, C., Clinton-Sherrod, A. M., Lindquist, C. H., Lasater, B. M., Hardison Walters, J. L., Krotki, K., & Grisso, J. A. (2010). Employee assistance program services of intimate partner violence and client satisfaction with these services. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 52*(8), 819–826.

Ray, M. M. (2007). The dark side of the job: Violence in the emergency department.

Miracle, V. A. (2008). A healthy work environment. (Editorial). *Dimensions of Critical Care Nursing, 27*(1), 41–42.

Paris, L. G., & Terhaar, M. (2011). Using Maslow's pyramid and the national database of nursing quality indicators to attain a healthier work environment. *The Online Journal of Issues in Nursing, 16*(1). Retrieved August 22, 2011 from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-16-2011/No1-Jan-2011/Articles-Previous-Topics/Maslow-and-NDNQI-to-Assess-and-Improve-Work-Environment.aspx

Rivera, R. R., Fitzpatrick, J. J., & Boyle, S. M. (2011). Closing the RN engagement gap: Which drivers of engagement matter. *Journal of Nursing Administration, 41*(6), 265–272.

Salt, J., Cummings, G. G, & Profetto-McGrath, J. (2008). Increasing retention of new graduate nurses. *Journal of Nursing Administration, 38*(6), 287–296.

U. S. Department of Labor. (2011). *The Family and Medical Leave Act (FMLA)*. Retrieved August 22, 2011 from http://www.dol.gov/compliance/laws/comp-fmla.htm

Weston, M. J. (2010). Strategies for enhancing autonomy and control over nursing practice. *The Online Journal of Issues in Nursing, 15*(1). Retrieved August 22, 2011 from http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No1Jan2010/Enhancing-Autonomy-and-Control-and-Practice.aspx

Wisotzkey, S. (2011). Will they stay or will they go? Insight into nursing turnover. *Nursing Management, 42*(2), 15–17.

الفصل الرابع والعشرون

إدارة المفاوضات الجماعية

القوانين المؤسسة للاتحادات والنقابات

مراحل تنظيم الاتحادات.

١. التظلمات

٢. دور مدير التمريض

٣. الحالة القانونية للاتحادات التمريضية

٤. مستقبل المفاوضات الجماعية بالنسبة للممرضين

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. التعرف على القوانين المؤسسة للمفاوضات الجماعية.

٢. التعرف على دور مدير التمريض في إدارة المفاوضات الجماعية.

٣. كيفية التعامل مع الشكاوى.

٤. التعرف على المسائل القانونية التي تخص الممرضين.

٥. التعرف على مستقبل اتحادات التمريض.

القوانين المؤسسة للاتحادات والنقابات

قبل سن القوانين المؤسسة للعلاقات العمالية، كانت السلطة القضائية الحكومية هي من تحل المشكلات بين المديرين أو الملاك العمال. خلال هذه الفترة من التاريخ الأمريكي كانت **المفاوضات الجماعية (collective bargaining)** تعد غير قانونية. والمفاوضات الجماعية هي رد فعل جماعي يتخذه

العمال بغرض الحصول على مرتبات أفضل أو تحقيق ظروف عمل أفضل. أما اليوم، فإن قوانين العمل التي يطبقها الكونجرس، والقرارات التي تتخذها المحكمة الدستورية العليا الأمريكية، والمجلس القومي لعلاقات العمل ((National Labor Relations Board (NLRB)) تنظم علاقات العمل بين الملاك والموظفين.

منذ تفعيل قانون علاقات العمل القومية (National Labor Relations Act) في عام ١٩٣٥، تم منح حق تنظيم مفاوضات جماعية للممرضين العاملين بمؤسسات الرعاية الصحية الخاصة والهادفة للربح. وبعد تعديل القانون في عام ١٩٧٤ تم منح نفس الحقوق للممرضين العاملين بشكل تطوعي في مؤسسات الرعاية غير الهادفة للربح.

في الولايات المتحدة، يوجد تصنيفان للمؤسسات هما: المؤسسات المغلقة (closed shop) و المؤسسات التي لا تقبل توظيف أحد دون أن يكون حاصلاً على عضوية بأحد الاتحادات. العمالية (غالباً ما تكون نقابات محددة، ولا يمكن قبول عضوية بنقابة أخرى غيرها). أما المؤسسات المنفتحة (open shop) فهي المؤسسات التي لا تشترط عضوية في أحد الاتحادات العمالية، كما لا يكون للحاصلين على عضوية اتحاد ما أي أفضلية في قرار التوظيف عن غيرهم من المتقدمين للوظيفة.

الولايات التي يطبق فيها قانون حق العمل (right-to-work state) وهي عبارة عن الولايات التي لا يتم فيها حرمان الموظف من الحصول على وظيفة بسبب عضويته أو عدم عضويته في اتحاد عمالي ما. وفي هذه الولايات لا تستطيع المؤسسات أو المديرون أن يشترطوا على الموظفين أن يحصلوا على عضوية باتحاد ما، أو يدفعوا اشتراكات العضوية، سواء قبل أو بعد التوظيف.

تختلف قوانين المفاوضات الجماعية بناء على نوع المؤسسة التي يعمل بها الموظف، سواء كانت تابعة للقطاع الخاص، أو مؤسسة غير ربحية، أو مؤسسة ربحية، أو تابعة للقطاع الحكومي (الموظفون الفيدراليون أو التابعون لمدينه أو مقاطعة أو ولاية ما). قد تصنف المفاوضات تحت بنود الإجبارية أو الممنوعة أو المسموح بها. فعلى الأطراف المختلفة أن تتفاوض إجباريًا على بعض النقاط. ففي القطاع الخاص، يعد التفاوض على ساعات العمل والأجر وبعض اشتراطات التوظيف الأخرى أمرًا واجب التفاوض عليه. في القطاع الحكومي تكون البنود الواجب المفاوضة عليها محدودة.

ويعطي قانون إصلاح الخدمة المدنية (The Civil Service Reform Act) الصادر في عام ١٩٧٨ للموظفين الفيدراليين الحق في تنظيم مفاوضات جماعية والمشاركة في المؤسسات العمالية بغرض التأثير على القرارات المتعلقة ببيئة عملهم، ولكن هذا الحق معتمد على نوع الوكالة الفيدرالية التي ينتمي إليها الموظفون. أما التفاوض على الأجور في القطاع العام فهو ممنوع كليا ولكنه مسموح التفاوض عليه في القطاع العام.

أما الموظفون الحكوميون التابعون لمؤسسة محلية، أو لمؤسسة بولاية ما فيخضعون للقوانين التابعة للولاية التابعين لها، وهذه القوانين تختلف بشدة من ولاية لأخرى. مثلاً، فإن الممرضين بالمستشفيات التابعة لولاية ما، يتم تنظيم علاقات العمل بينهم تحت إشراف قوانين الولاية. بعض المؤسسات لا تسمح للموظفين بتنظيم أنفسهم للقيام بمفاوضات جماعية أو الإضراب عن العمل، وولايات أخرى لا تسمح للموظفين بالتفاوض في مرتباتهم أو أجر الورديات الإضافية.

مراحل تنظيم الاتحادات.

تبدأ خطوة إنشاء اتحاد من أي نوع بأن يوقع على الأقل ٣٠٪ من الموظفين المؤهلين على عريضة تبين رغبتهم في إنشاء اتحاد. ثم يراجع المجلس القومي لعلاقات العمل هذه العريضة ويحدد موعداً للانتخاب. ويجتمع المجلس مع الاتحاد وصاحب المؤسسة. في نهاية الاجتماع ، يقوم المجلس بتحديد شروط عضوية الاتحاد، وهم غالباً ما يكونون الموظفين الموقعين على العريضة والتابعين للمؤسسة، ثم يحدد المجلس موعداً لانتخابات الاتحاد.

وتخلق عملية اختيار ممثل لعملية التفويض أو وكيل تفويض ضغطا وتوترًا ومناخاً نفسياً يؤثر على جميع العاملين بالمؤسسة. ولكن على مديري التمريض والموظفين تذكر أنه يجب أن تكون شروط العمل الظالمة متحققة في وقت اختيار المفاوض. يجب أن يمتنع المديرون عن أي أفعال قد تتعارض مع حق الموظفين في اختيار ممثل للمفاوضات الجماعية. من هذه الأفعال فحص لمعرفة المرضين بقواعد المفاوضات الجماعية، أو وعد أو تهديد الممرضين.

أيضًا يجب أن يحرص الممرضون على أن تكون اجتماعاتهم وقراراتهم المتعلقة بالمفاوضات الجماعية تؤخذ في مكان آخر غير موقع العمل، وفي وقت آخر غير مواقيت العمل. ولا يجب استخدام البريد الإلكتروني التابع للعمل في إجراء أنشطة الاتحاد.

ويجب أن يعرف الممرضون أن موافقة المجلس القومي لعلاقات العمل على إنشاء الاتحاد لا تعني أن لديهم عقداً لتحقيق طلباتهم. يتم كتابة العقد عندما يوافق كلٌ من الموظفين وإدارة المؤسسة على جميع طلبات ومحتويات العقد. ويؤخذ قرار الموافقة على الاتفاق النهائي من خلال تصويت أغلبية الأعضاء المؤهلين على الموافقة.

وتقع مسؤولية التنفيذ والإشراف على العقد على ممثل الاتحاد. قد يكون هذا الفرد موظفاً بالاتحاد أو عضواً من أعضاء هيئة التمريض.

التظلمات

يجب أن يتم ذكر إجراءات التظلم في العقد، وخطواتها، والإطار الزمني لتقديم هذه التظلمات. التظلمات هي شكاوى رسمية قد تنتج عن سوء التفاهم، أو اتفاق عمل غير صحيح، أو بسبب عدم معرفة بنود العقد.

من أجل تحقيق توازن بين حقوق الموظفين وحقوق مؤسسات الرعاية الصحية، قام الكونجرس بوضع إجراءات معينة لحل المنازعات بمؤسسات الرعاية الصحية، وهي:

١. قبل تغيير أو إلغاء عقد ما، يجب أن يخبر الطرف المعني الطرف الآخر عن نيته قبل تسعين يومًا من موعد انتهاء العقد. هذه المدة تزيد عن بقية القطاعات بثلاثين يومًا.

٢. إذا لم يتفق كلا الطرفين بعد ٣٠ يوماً أخرى، يجب إعلام دائرة التوفيق والوساطة الاتحادية (Federal Mediation and Conciliation Service).

٣. سوف تعين دائرة التوفيق والوساطة الاتحادية مجلساً أو وسيطاً ما للتوفيق بين الطرفين خلال ثلاثين يومًا.

٤. يجب أن يضع الوسيط أو المجلس توصياتهما خلال خمسة عشر يومًا.

٥. إذا لم يتم التوصل لاتفاق خلال خمسة عشر يومًا، يمكن إجراء تصويت حول الإضراب عن العمل، وموعد تنفيذه، ويقصد بالإضراب عن العمل بالتوقف المنظم للموظفين عن أداء عملهم.

إذا تم الاتفاق على موعد للإضراب عن العمل، يجب أن يُرسل إنذار مكتوب للإدارة خلال عشرة أيام لإخبارها بموعد وتاريخ ومكان الإضراب، وذلك حتى يتمكن المستشفى من اتخاذ الإجراءات اللازمة لتوفر خدمات صحية مستمرة للمرضى في وقت الإضراب.

دور مدير التمريض

يجب أن يعرف مدير التمريض الذي يعمل بالمؤسسة التي تم الاتفاق فيها على إنشاء اتحاد للمفاوضات الجماعية بالفئات الخمس الأساسية للممارسات غير العادلة التي ينص عليها قانون العمل (National Labor Relations Act [NLRA], Sec. 9[e]2)، وهي:

١. التدخل في حق التنظيم.

٢. التسلط.

٣. تشجيع أو إحباط جهود الانضمام لاتحاد ما.

٤. إنهاء خدمة موظف ما بسبب رفع دعوى ضد المؤسسة مع المجلس القومي لعلاقات العمل.

٥. رفض المؤسسة إجراء مفاوضات.

أيضاً، يجب على مدير التمريض أن يشترك في عملية فض المنازعات والتظلمات متبعًا إجراءات تظلم متفقاً عليها. ويمكن تصنيف التظلمات على النحو الآتي:

١. مخالفة العقود.

٢. مخالفة قانون فيدرالي، أو تابع لولاية ما.

٣. فشل المؤسسة في الوفاء بمسؤولياتها.

٤. مخالفة قوانين المؤسسة.

توضح دراسة الحالة (٢٤-١) كيف قام مدير تمريض باتباع قرارات اتفاقية اتحاد التمريض مع المستشفى.

دراسة الحالة (٢٤-١). اتباع سياسات اتفاقية المفاوضات الجماعية

ماريا سانشيز مديرة تمريض تعمل في قسم رعاية الأطفال بمستشفى جامعية قرر العاملون بها عقد اتفاقية مفاوضات جماعية مع المستشفى منذ عدة سنوات. ماريا اتخذت قراراً بمعاقبة الممرضة تيا لأنها لم تكمل تقاريرها عن الحالة الصحية والمؤشرات الحيوية لمرضاها. كانت مارية تعلم أنها أعطت تيا إنذارًا عن عدم إكمالها تقاريرها بالشهر الماضي. ووفقًا لسياسة المنظمة، على سوزان مشرفة تيا أن تجري اجتماعاً لتوجيه تيا.

تم الاتفاق من قبل بين المستشفى واتحاد التمريض على ضرورة أن ينوه المشرف في أثناء التوجيه الشفهي للممرض بأنه يقوم بتوجيه شفهي على أداء الممرض، وأن هذا التوجيه سيذكر في تقرير تقييم الأداء الخاص بالممرض. وأنه إذا لم ينجح الممرض في تصحيح خطئه فإنه سيرسل له إنذاراً كتابياً. أيضًا، على المشرف أن يسأل الممرض عن تساؤلاته حول التوجيه الشفهي قبل البدء فيه. ثم يبدأ المشرف بإجراء التوجيه الشفهي حول التقصير في الأداء الذي قام به الممرض.

اتبعت ماريا الإجراءات السابقة خلال مقابلتها مع سوزان وتيا، وقبلت تيا التوجيه وذكرت أنها لا تعلم كيفية اجراء تقرير متسق عن حالاتها المرضية. وافقت تيا على أن تراقب ماريا أداءها طوال الأسبوع حتى يتقابلا مجددًا في نهاية الأسبوع لمراجعة كيفية قيام تيا بإعداد تقاريرها بطريقة متباينة ومتسقة.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

- إعداد ملاحظات عما سيتضمنه التوجيه الشفهي.
- المقابلة مع الموظف من أجل توجيهه.
- التناقش حول مشكلات الأداء.
- مراجعة السياسات والتوجيهات المتعلقة بمشكلة الأداء التي تم التقصير فيها.
- الإجابة على أسئلة الموظف.
- التدريب إذا تم الاحتياج له.

حالة الممرضين الذين يجرون مفاوضات جماعية

أغلبية الممرضين الأمريكيين لا يعملون وفق اتفاقية مفاوضات جماعية. هؤلاء لا يحصلون على مرتبات عالية (Albro, 2008) ولكنهم غالباً ما يكونون راضين عن أجورهم (pittman, 2007). على العكس، فإن الممرضين الذين يعملون وفقًا لاتحاد ما يكونون راضين عن وظائفهم، ولكنهم غير راضين عن مرتباتهم (Pittman, 2007). ولكن سيجو (٢٠١١) يؤكد على أهمية أن يرغب الممرضون المنضمون لاتحاد في مستشفى ما في توصيل شعورهم بعدم الرضا إلى إدارتهم.

إن التحدي يكمن في بناء مناخ تفاوض جماعي يبقي على الممرضين الممتازين في المستشفى ويساعدهم ليكونوا أكثر رضا عن وظائفهم (Lawson *et al.*, 2011). من وسائل تشجيع الممرضين على البقاء في المستشفى مشاركة الممرضين في اتخاذ القرار مع الإداريين. مثلاً، فإن بعد مشاركة الممرضين مع الإداريين في عملية اتخاذ القرار بالمستشفيات الجاذبة، انخفضت نسبة الاستقالات وزاد رضاء العاملين (Porter, 2010; Porter *et al.*, 2010). ويدعم هذه الشراكات الاتجاه نحو تطبيق

نظم الإدارة المعتمدة على المشاركة بين العاملين والإدارة في كثير من القطاعات والمؤسسات (Hayter, Fashoyin & Kochan, 2011).

الحالة القانونية للاتحادات التمريضية

استمر الجدل حول مجالات الإشراف على التابعين لعدد من السنوات، وهذه المجالات هي:

١. مسؤولية تحديد المهام.

٢. مسؤولية التوجيه.

٣. الحكم المستقل.

اصدر المجلس القومي لعلاقات العمل عدداً من القرارات المتعلقة بالمجالات الإشرافية للممرضين (NLRB, 2006). وقد تم الربط بين دراسة ثلاث حالات لمؤسسات وضعت سياسات إشرافية فريدة من نوعها، وأطلق علي هذه المؤسسات ثلاثية نهر كنتاكي (Kentucky River trilogy). وهذه المؤسسات هي مؤسسات رعاية، مركز جولدن كريست للرعاية الصحية، ومؤسسة كروفت ميتال. هذه السياسات مهمة للممرضين لأنه يتم منع الممرضين المصنفين على أنهم مشرفون من الاشتراك في أي اتحاد.

والقرارات المتعلقة بالمجالات الإشرافية للممرضين التي سنها المجلس القومي لعلاقات العمل في عام ٢٠٠٦ (NLRB, 2006)هي:

١. تشمل مسؤولية توكيل المهام قيام الممرض المصنف كمشرف بمهام عمل الممرضين والمساعدين الآخرين.

٢. مسؤولية التوجيه تشمل توجيه الممرضين الذين حددت مهامهم.

٣. الحكم المستقل يشمل قرارات الممرض المشرف، للربط بين مهارات طاقم العمل واحتياجات المرضى.

هذه القرارات حددت مَن مِن الممرضين يعد مؤهلاً للاشتراك في المفاوضات الجماعية، حيث إن الممرضين المشرفين سواء بدوام كامل أو جزئي، ويمارسون إحدى المسؤوليات الثلاث السابق ذكرهم – التوكيل، والتوجيه، والحكم المستقل – يتم منعهم من المشاركة في المفاوضات الجماعية (NLRB, 2006).

وتعد مسألة المفاوضات الجماعية حالياً أمراً معقداً، حيث توجد الآن العديد من الجهود لتنظيم عمل المرضين. ويضم الاتحاد القومي للممرضين (National Nurses United) مؤسسات في اثنتي عشرة ولاية، بالإضافة إلى مقاطعة كولومبيا وجزر فيرجين ومكاتب شؤون المحاربين القدامى. كما ويعد اتحاد المرضين الأمريكيين (United American Nurses) إحدى المؤسسات التابعة للاتحاد الأمريكي للعمل ومؤتمر المؤسسات الصناعية (The American Federation of Labor and Congress of Industrial Organizations) AFL- CIO. بالإضافة لذلك، إن موظفي مؤسسات الرعاية الصحية يشكلون اتحاداتهم التفاوضية الخاصة بهم، ويشركنا فيها ممرضو هذه المؤسسات. أيضًا يقوم المرضون بإنشاء اتحاداتهم الخاصة بهم داخل المؤسسات التابعين لها، لهذا فإن المفاوضات الجماعية التابعة للممرضين تعد إحدى درجات سلم الاتحاد القومي للمؤسسات على مستوى الولايات. وتقوم المفاوضات الجماعية التابعة للممرضين بالتنسيق بين العاملين بمجال الرعاية الصحية والوحدات المنفصلة التي تضم المرضين.

مستقبل المفاوضات الجماعية بالنسبة للممرضين

يعد استخدام المفاوضات الجماعية كإحدى الوسائل التي تؤثر على بيئة العمل والأمان المادي للممرضين أمرًا مقلقا وواعدًا في ذات الوقت، وذلك بسبب التغييرات التي يشهدها قطاع الرعاية الصحية حاليا. والأمر المقلق في هذه المفاوضات أنها قد تؤدي إلى تفرق المرضين بدلاً من تجميعهم في اتحادات. بحيث قد تزيد الفجوة بين أعضاء هيئة التمريض، وبين المرضين العاملين في المستويات الإدارية. يعد مستقبل المفاوضات الجماعية غامضاً وغير معروف.

الخلاصة:

- يدير المجلس القومي لعلاقات العمل قواعد وقوانين الاتحادات العمالية.
- قد تكون المفاوضات الجماعية إجبارية، أو ممنوعة، أو اختيارية.
- تختلف إمكانية إنشاء المفاوضات الجماعية بين المؤسسات الخاصة والمؤسسات العامة، والتي غالباً ما يكون ممنوعًا فيها المفاوضات.
- تشمل عملية إنشاء اتحاد اختيار وكيل تفويض، وإنشاء عقد، والموافقة عليه، وإدارته.
- قد لا يشترك مدير التمريض في الاتحادات بسبب قرارات الإشراف.

• أغلب الممرضين لا يشتركون في اتفاقات المفاوضات الجماعية.
• مستقبل المفاوضات الجماعية للممرضين غامض وغير معروف.

أدوات المفاوضات الجماعية:

١. هل أنشأت مؤسستك اتفاقية مفاوضات جماعية مع ممرضيها.

٢. إذا كان الأمر كذلك، تعرف على سياساتها وإجراءات التظلم فيها.

٣. تواصل مع الإدارة إذا كانت لديك تساؤلات عن الاتفاقية.

٤. إذا لم تنشئ مؤسستك اتفاقية، كن منتبهاً لمحاولات إنشاء اتحاد بين الموظفين.

٥. إذا بدأت محاولة إنشاء اتحاد بين الموظفين، تعرف على القوانين المؤسسة لها.

٦. تذكر أن اتفاقية المفاوضات الجماعية تكون بين الموظفين والملاك، ولا يجب الإعلان عنها خارج المؤسسة.

التقويم :

١. هل أنت عضو في المفاوضات الجماعية؟ هل تعلم أحداً ما يشترك في المفاوضات الجماعية؟

٢. هل اشتركت في جهود إنشاء اتحاد؟ ما الجهود التي قمت بها قبل وبعد إنشاء الاتحاد؟

٣. إذا لم تكن عضواً في أحد الاتحادات.، ابحث عن شخص مشارك فيها واسأله عن كيفية تنظيم الاتحاد؟

٤. ما رأيك في المفاوضات الجماعية؟ اذكر عيوب وفوائد المفاوضات الجماعية.

٥. تخيل أنك مشارك في عملية مفاوضات لصالح الممرضين. حدد طلباتك بناء على أهميتها.

٦. تخيل أنك مشارك في عملية مفاوضات لصالح الإدارة. حاول تحديد كيفية الاستجابة للطلبات التي كتبتها في السؤال الخامس.

المراجع

Albro, A. (2008). "Rubbing salt in the wound": As nurses battle with a nationwide staffing shortage, an NLRB decision threaten to limit the ability of nurses to unionize. *Northwestern Journal of Law and Social Policy, 3*(1), 103–130.

Hayter, S., Fashoyin, T., & Kochan, T. A. (2011). Collective bargaining for the 21st century. *Journal of Industrial Relations, 53*(2), 225–247.

Lawson, L. D., Miles, K. S., Vallish, R. O., & Jenkins, S. A. (2011). Recognizing nursing professional growth and development in a collective bargaining environment. *Journal of Nursing Administration, 41*(5), 197–200.

National Labor Relations Board (NLRB). (2006). Annual report of the National Labor Relations Board. Retrieved August 29, 2011 from http://www.nlrb.gov/sites/default/files/documents/119/nlrb2006.pdf

Pittman, J. (2007). Registered nurse job satisfaction and collective bargaining unit membership status. *Journal of Nursing Administration, 37*(10), 471–476.

Porter, C. (2010). A nursing labor management partnership model. *Journal of Nursing Administration, 40*(6), 272–276.

Porter, C. A., Kolcaba, K., McNulty, S. R., & Fitzpatrick, J. J. (2010). The effect of a nursing labor management partnership on nurse turnover and satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 40*(5), 205–210.

Seago, J. A., Spetz, J., Ash, M., Herrara, C. N., & Keane, D. (2011). Hospital RN job satisfaction and nurse unions. *Journal of Nursing Administration, 41*(3), 109–114.

الباب الرابع

الاهتمام بذاتك

الفصل الخامس والعشرون

إدارة ضغوط العمل

طبيعة ضغط العمل

أسباب الضغط

١. العوامل التنظيمية

٢. العوامل المهنية

٣. العوامل الشخصية

نتائج ضغط العمل

إدارة ضغوط العمل

١. الوسائل الشخصية

٢. الوسائل التنظيمية

بعد الانتهاء من هذا الفصل سنتعرف على الآتي :

١. لماذا يعد ضغط العمل أمرًا ضروريا؟

٢. تحديد العوامل التنظيمية و المهنية والشخصية المؤثرة على الضغوط.

٣. تحديد نتائج ضغط العمل والتي تشمل الإنهاك والإرهاق النفسي.

٤. كيف يدير الأفراد ضغوط العمل؟

٥. كيف يساعد المديرون أنفسهم وموظفيهم في التعامل مع ضغط العمل؟

٦. كيف يمكن للمؤسسة أن تقلل من ضغط العمل؟

اقرأ السيناريو الآتي:

كيندرا، مديرة تمريض منذ عشر سنوات. وهي متزوجة ولديها طفلان تحت سن السادسة، وهما يذهبان إلى الحضانة في أثناء عمل كيندرا. كمديرة تمريض، تتحمل كيندرا مسؤولية الإشراف على ثلاثين سريرًا بالوحدات الطبية على مدار الساعة. تتلقى كيندرا مكالمات هاتفية من الممرضين ليلاً ونهارًا، وغالباً ما تتولى مكان أحد الممرضين الغائبين أسبوعيا. تعد كيندرا مسؤولة عن توزيع مهام وجدولة أعمال الممرضين في وحدتها، ولا تستطيع الحصول على ممرضين مؤقتين بالرغم من أن ٢٠٪ من الوظائف في وحدتها شاغرة. بالإضافة لذلك، تشارك كيندرا في أربع لجان وإحدى قوات المهام المسؤولة عن خدمة العملاء. غالباً ما تعمل في المنزل. ومن الأعمال التي تقوم بها، تقييم أداء الممرضين وتقارير تقييم الجودة. وبالرغم من أن كيندرا لديها مكتب، إلا أنها نادرًا ما تجلس فيه بسبب احتياج الممرضين والأطباء والقادة والمديرين إليها طوال الوقت. ذهبت كيندرا مؤخرًا إلى طبيبها الخاص لأنها تشتكي من صداع مستمر وفقدان في الوزن وإرهاق دائم. اكتشفت كيندرا بأنها تعاني من ارتفاع طفيف في ضغط الدم، ووصل معدل نبض قلبها ١٠٠ دقة بالدقيقة. طلب الطبيب من كيندرا أن تقلل من ضغط العمل وتحصل على إجازة لتقليل مستوى الضغط.

الضغط هو عبارة عن رد فعل غير محدد يعاني منه الأفراد بسبب تواجدهم في بيئة مهددة. وينتج الضغط عندما يطلب من جسم الإنسان أداء مهمتين أو أكثر لا ترتبطان مما يسبب تضارباً داخل جسد الإنسان. وقد اقترح سيلي (١٩٧٨) في إحدى الدراسات الرائدة في الضغط العصبي أن الجسد يهلك ويتلف بسبب التعرض للضغوط. وتزيد نسبة ومعدل الضرر عندما يتعرض الجسد لمستويات ضغوط كبرى لا يستطيع الجسد التكيف معها.

ويعتقد سيلي أنَ الاستجابة الفسيولوجية للضغوط تكون متماثلة في حال كان الأمر الضاغط أمرً إيجابياً (الضغط الإيجابي eustress) أو أمرًا سلبيا (الضغط السلبي distress). من السهل التعرف على الأحداث السلبية التي تتسبب في حدوث ضغوط مثل فقدان الوظيفة. أما الأحداث الإيجابية فقد تتسبب في ظهور الضغوط.

انطوني هو رئيس التمريض بقسم الرعاية الحرجة، وهو مسؤول عن ٤٠٠ سرير. وقد طلب من انطوني مهمة إنشاء وحدة علاجية جديدة. بسبب زيادة المسؤوليات الوظيفية يضطر انطوني للبقاء في العمل لساعات طويلة وللعمل في أيام العطلة الرسمية. خلال إنشاء المشروع، عانى انطوني من أرق مستمر، وزاد وزنه ١٠ باوندات. بعد فتح الوحدة الجديدة عاد انطوني إلى النوم بشكل طبيعي، وعاد وزنه كالمعتاد. من الواضح، أنَ انطوني قد عانى من آثار الضغط النفسي بالرغم من أنه قد تعرض لمحفز أو حدث إيجابي يمكنه من الحصول على ترقية أو فرص عمل أفضل.

ويعد مقدار محدد من الضغط أمراً ضرورياً لموازنة الحياة، كما قد تحسن الضغوط المتوسطة القوة من أداء الأفراد: ولكن قد تؤدي الضغوط التي فوق طاقة الإنسان إلى إصابته بالأمراض النفسية والجسدية.

طبيعة ضغط العمل

يجب أن يكون هناك توازن بين الضغط وقدرة التعامل معه. فإذا كانت درجة الضغط متوازنة مع القدرة على التعامل معه، فإن الجسد يكون في حالة توازن. فقد يعاني الجسد من درجات الإنهاك العادية ولكنه لا يتذمر. إذا زادت درجة الضغط عن قدرة التعامل معه أو احتماله فإن الفرد سيعاني من الآثار السلبية له. يشار إلى ضغط العمل مجازيًا، فيقول المرء: "إني أحمل حملاً ثقيلاً على كتفي "، أو "إني أتحمل الضغوط على عاتقي". هذه الضغوط تسبب مشكلات جسدية ونفسية للإنسان، كما تقلل من جودة عمل المؤسسة. أما إذا كانت الضغوط منخفضة أو منعدمة فإن ذلك يسبب انخفاضاً في الحافز، والملل، وعدم الاهتمام، وأداء منخفضاً.

ويختلف رد فعل الإنسان للضغوط، فتختلف الضغوط حسب رؤية الإنسان الموضوعية والشخصية. فقد يعتبر الفرد أن الضغوط هي مجرد تحديات عليه أن يتجاوزها. وقد يرى الفرد حدثًا إيجابياً أو سلبياً ولكنه يعد عادياً بالنسبة له، ولكن هذا الحدث قد لا يحتمله البعض الآخر. أيضًا قد يسبب تغير طفيف في سياسات المؤسسة في شعور البعض بالضغط، بينما يرحب البعض الآخر بهذا التغيير. فبعض الممرضين يستطيعون التعامل جيدًا مع متطلبات العمل، والأسرة، والدراسة، والخدمة الاجتماعية، بينما قد يشعر البعض بالانزعاج إذا تغير أي حدث طفيف في حياتهم.

بالنسبة للممرضين، قد يكون ضغط العمل ناتجاً من عدة أسباب منها ما هو تنظيمي، أو مهني، أو شخصي.

أسباب الضغط

العوامل التنظيمية

قد ينتج الضغط من عوامل متعلقة بطبيعة العمل، مثل مهام العمل المتضاربة، أو زيادة المسؤوليات، أو عدم القدرة على أداء المهام بسبب انعدام الخبرة أو المعرفة، أو بسبب المعلومات غير الواضحة أو المتناسقة. ولأن أغلب القرارات المتعلقة بمهنة التمريض تؤخذ في مواقف حياة أو موت وهو ما يشكل ضغط عمل كبيراً على الفرد.

أيضًا قد تكون بنية العمل ضاغطة. مثلاً: إن وحدة الرعاية الحرجة غالباً ما يكون بها أصوات ضوضاء ومنبه، وآلات تصدر أصواتاً مزعجة. وقد تم إجراء العديد من الدراسات حول أثر العوامل البيئية (مثل الرائحة والضوضاء والضوء والألوان) على ضغط عمل مهنة التمريض، فأظهرت دراسة لابلبام أن الضوضاء على وجه الخصوص ترتبط مع عدم الرضا الوظيفي والرغبة في ترك العمل بالمؤسسات (Applebaum *et al*., 2010). وقد تزيد الضوضاء والإضاءة السيئة وعوامل أخرى من ضغط العمل في المؤسسات. أيضًا قد تسبب الأماكن الضيقة والمكاتب غير المرتبة وعدم تجهيز الغرف بالمعدات اللازمة الشعور بالضغط.

درست شيرلي طبيعة الضغوط التي يعاني منها مديرو التمريض (Shirey *et al*., 2010). وأظهرت الدراسة أن مديري التمريض يستخدمون عددًا من الإستراتيجيات النفسية، والمنصبة على حل المشكلات في التعامل مع الضغط، كما أظهرت الدراسة أن مديري التمريض يعانون من النتائج السلبية لضغط العمل بدرجة أقل من المديرين المبتدئين. بينما، يعاني المديرون المبتدئون من الإرهاق الجسدي، ومشكلات النوم، والقلق بشكل أكبر من المديرين المتمرسين.

قد تتسبب عوامل تنظيمية أخرى في ظهور الضغوط، مثل القواعد التنظيمية، وتضارب التوقعات مع احتياجات الفرد، فتصبح بيئة العمل ضاغطة عندما يعمل المديرون مع طاقم عمل مضغوط، ومع مرضى حالاتهم شديدة الخطورة. وتتسبب التكنولوجيا الجديدة، و زيادة سقف

توقعات المرضى وعائلاتهم، والمشكلات القانونية، وضغوط تحقيق الكفاءة، وتغيرات كبيرة في القوانين المؤسسة لقطاع الرعاية الصحية في زيادة ضغط العمل بمهنة التمريض، بشكل يزيد من صعوبة أعمال الممرضين ومديري التمريض ويجعلها أكثر تضاربًا.

العوامل المهنية

بالإضافة إلى الضغوط الناتجة عن بيئة العمل التنظيمية، يجب أن يتعامل الممرضون مع علاقات العمل المتكلفة مع الزملاء والمديرين. قد تؤدي المشكلات المهنية إلى ظهور ضغوط عمل. مع تقلص الموارد المرتبطة بقطاع الرعاية الصحية أصبح الممرضون يعملون بمهام إضافية لم تكن مطلوبة منهم من قبل (مثل القيام بمهام رسم القلب، والعلاج التنفسي، وغيرها).

في وحدات إعادة التأهيل، لابد من تغذية وإلباس المرضى وعونهم على الاغتسال قبل الساعة الثامنة والنصف صباحاً حتى يستعدوا للعلاج الطبيعي. قد يشعر الممرض بالضغط بسبب عدم رغبة بعض المرضى في الاستيقاظ مدَّعين أنهم لم يناموا جيدًا في المساء. ومن أشكال الضغوط المهنية الأخرى أن يطلب تقني الأشعة من الممرض أن يعيد إحضار مريض ما، ليعيد إجراء أشعة إكس على عظام الصدر في التاسعة صباحًا، لأن وحدة الأشعة تعاني من نقص في عدد الممرضين.

قد تكون التعاملات بين الممرضين والأطباء متكلفة. فكثير من الممرضين عانوا من ردود غير مستحبة من الأطباء بسبب طلب مساعدتهم في الساعات المتأخرة من الليل، حيث قد يرى الطبيب أن المشكلة كان من الواجب حلها مبكرًا، أو أن المشكلة تافهة وكان من الممكن أن تنتظر للصباح.

غالباً ما يغضب الطبيب الباطني الذي يعمل في أحد المستشفيات من المكالمات التي يتلقاها مساءً من الممرضين الطالبين لاستشارة عن أحد مرضاه. وقد قام أحد الممرضين المتمرسين بالتعامل مع مشكلة غضب هذا الطبيب. ففي بداية المكالمة الهاتفية يخبر الممرض الطبيب قائلاً: "مرحبًا، معك جين جونز من مستشفى سانت ماثيو. لدى ملاحظتان مهمتان بشأن الحالة الطبية لمريضك السيد سميث، حيث ...". هذا الأسلوب يساعد على زيادة تركيز الطبيب على المشكلة ويقلل من انفعالاته.

أيضًا تعد الحاجة لتنفيذ كثير من الأدوار الوظيفية أحد مصادر الضغط. والأدوار الوظيفية هي مجموعة من التوقعات السلوكية المرتبطة بمنصب اجتماعي ما (مثل دور الممرض، أو الأب، أو

الزوجة). قد يتسبب التضارب بين الأدوار المهنية والعائلية في ظهور ضغط العمل. بالإضافة لذلك تعد الحاجة للعمل في عطلات نهاية الأسبوع وبالورديات المسائية سببًا للضغط النفسي.

قد يعاني الممرضون الذين يعملون في الورديات المسائية أو المتغيرة من الضغط بسبب عدم رضا الأزواج، أو الأطفال. قد يحتاج الجسد إلى عدة أسابيع للتكيف فسيولوجيا مع الورديات المتغيرة، ولكن أيضًا قد تسمح الورديات المتغيرة بقيام الممرض بتغيير مواعيد ورودياته أكثر من مرة في الشهر. قد يقلل المديرون من الضغط الفسيولوجي من خلال التأكد من أن الممرض يحصل على ساعات راحة كافية له والتدوير بين ورديتين اثنتين بدلاً من ثلاثة.

العوامل الشخصية

قد ينتج الضغط من عوامل شخصية. وتعد التغييرات الحياتية أحد هذه العوامل. حيث قد تتسبب التغييرات الحياتية مثل الزواج والحمل وشراء منزل جديد في ظهور الضغوط. ويتجاوب كل فرد بصورة مختلفة عن الآخر لهذه التغييرات، ولكن قد تتسبب الآثار الإجمالية لهذه التغييرات في إرهاق ومرض الجسد. وتختلف رؤية الأفراد لهذه الأحداث فقد يعتبرها البعض ضغوطاً والآخر يعتبرها تحديات إيجابية.

مثلاً، قد لا يرى الخريجون الجدد أنهم يملكون كل المهارات والمعارف التي تؤهلهم للعمل كممرضين مسجلين. وقد عرف كرامر (١٩٧٤) **صدمة الواقع (reality shock)** على أنها الضغط الناتج من تحول الممرضين من حياتهم العلمية إلى حياة مهنية. قد يعاني الخريجون الجدد من الصدمة وعدم التوازن بسبب تحولهم من الحياة العلمية المألوفة إلى الحياة العملية، والتي تختلف فيها القيم والمحفزات والمكافآت والعواقب، والتي غالباً ما يعتبرها الممرضون غير منطقية.

كما قد يشعر الممرض بالصدمة وعدم التوازن عندما يتحول من منصبه إلى منصب إداري. ويعاني المديرون الجدد من العزلة عن زملائهم السابقين الذين كانوا في الماضي يدعمونهم. والقيام بالعمل وتوجيه الآخرين للعمل أمران مختلفان، وتوجيه الآخرين يمثل ضغطاً على المديرين، وقد يعتقد الفرد أنه من الأفضل والأسرع القيام بالمهام بشكل شخصي.

ينتج **غموض الأدوار (role ambiguity)** من عدم وضوح التوقعات ومستويات الأداء المطلوبة. يستطيع الأفراد الصبورون التعامل مع الغموض وعدم التأكد، ولهذا يستطيعون التعامل مع غموض الأدوار الوظيفية. أيضًا قد تحدث مشكلات متعلقة بانخفاض ضغوط الأدوار وقلة العمل، حيث قد تصبح قلة الأعمال والمسؤوليات أمرًا ضاغطًا على الأفراد المعتادين على العمل بكثرة والمتكبرين.

ويحدث **تضارب الأدوار (role conflict)** بسبب عدم القدرة على التوفيق بين تصورات الفرد عن دوره، والمتطلبات الفعلية لهذا الدور. ويعاني المديرون المبتدئون من هذه المشكلة عندما تطلب منهم الإدارة الولاء الكامل لهم وللمؤسسة، بينما يعتقد الموظفون أن ولاء المدير لابد أن يكون موجهًا لهم ولمصالحهم.

كما قد يحدث تضارب الأدوار إذا طُلِب من الفرد أداء مهمتين متضاربتين في نفس الوقت، كأن يطلب من مدير التمريض الاعتناء بأحد المرضى، وحضور اجتماع في نفس الوقت. ومن أمثلة تضارب الأدوار كذلك التضارب بين الأدوار الأسرية والزوجية، في مقابل الأدوار المهنية للممرض.

نتائج ضغط العمل

ماذا يحدث للفرد الذي يعاني من ضغط العمل؟ فقد تحدث ردود فعل نفسية وجسدية تؤدي إلى تغير بنية وأداء الجسد. ومن الإشارات المنذرة بتحمل ضغط عمل مرتفع الآتي:

• توتر دائم، وفوبيا، أو حالات الخوف والقلق المستمر، ونوبات القلق غير المبررة بسبب، التي قد تظهر لأسباب مختلفة.

• الاكتئاب، الذي يجعل الأفراد ينعزلون عن عائلاتهم وأصدقائهم، وعدم القدرة على الشعور، وإحساس مستمر بعدم القدرة على القيام بشيء لتغيير الأوضاع الحالية.

• التقلبات المزاجية والسلوكية، والتي قد تظهر الشخص عصبياً.

• طلب الكمال (Perfectionism)، وهو أن يضع الفرد معايير في غاية الارتفاع لأدائه ونجاحه، وقد تؤدي هذه المعايير إلى الشعور بالضغط.

• المرض الجسدي، مثل القرح، والتهاب المفاصل، والتهاب القولون، وارتفاع ضغط الدم، والصداع النصفي، والذبحة الصدرية.

ومن الوسائل غير المناسبة لتخفيف الضغط تناول الكحوليات والأدوية المعدلة للمزاج، والتي قد تؤدي إلى حدوث إدمان (Epstein, 2010). وقد يصبح البعض مدمناً على العمل، وذلك كرد فعل على استمرار المتطلبات والمهام الوظيفية.

ويشير مصطلح **الإنهاك (burnout)** إلى تصور الأفراد بأنهم قد استهلكوا كل طاقتهم لأداء وظيفة ما، وأنهم لا يشعرون بأن لديهم مزيداً من الطاقة لإنهاء هذه الوظيفة (Epstein, 2010). ويعد الإنهاك تجميعًا للتعب الجسدي والإرهاق النفسي والوهن الإدراكي. وكنتيجة لذلك، قد يخفض الفرض من ساعات العمل، أو يغير مهنته.

الإرهاق التعاطفي (Compassion fatigue) وهو نوع من أنواع الصدمات التي يعاني منها العاملون بمجال الرعاية الصحية (Newsom,2010). مثل الاضطرابات التابعة للصدمات، فالإرهاق العاطفي مرتبط بالأفراد الذين يعتنون بآخرين عانوا من صدمة نفسية أو جسدية (Yoder, 2010). قد تكون الأعراض متماثلة مع أعراض الإنهاك، إلا أنها قد تصبح أكثر حدة عندما يتعامل الممرض مع الأفراد المصدومين بسبب تعرضهم لحادث ما، أو مع المحاربين، أو مع الجنود المصابين بصدمة ما بعد الحرب، أو مع الحالات الحرجة.

بالإضافة لذلك، قد يعاني الممرضون من اضطرابات ما بعد الصدمة (posttraumatic stress disorders (PTSD)). أشارت دراسة لجايتس وجيليسبي وسكوب (٢٠١١) إلى إن ١٧٪ من الممرضين العاملين بوحدات الطوارئ قد عانوا من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بعد تعاملهم مع مصابي الحوادث العنيفة.

قد تنخفض مستويات الأداء الوظيفي في أو قات الضغط، حيث إن إدارة الضغوط تحتاج إلى طاقة واهتمام كبيرين قد لا يتوفران للشخص. وقد ينتج عن الضغط ارتفاع نسبة الغياب والتدوير الوظيفي. ورغم أن هناك عوامل مختلفة تؤثر في نسب الغياب والاستقالة (انظر الفصل ٢٠)، إلا أنها قد تحدث دائمًا للأفراد الذين يحاولون الهروب من ضغوط العمل. ويعد هذا التصرف مكلفًا بالنسبة للمؤسسة ومؤثرا على صحة المواطنين.

وقد كشفت إحدى مديرات التمريض المسؤولة عن ١٢٠ سريراً عن عدم احتمالها للتعامل مع احتياجات المرضى المتعبة، وانخفاض أعداد الممرضين والموارد. ولهذا بدلت المديرة مهنتها لتصبح سمسارة عقارات.

إدارة ضغوط العمل

سنعاني دائمًا من عوامل الضغط والتوتر. لإدارة هذه العوامل بفاعلية وجعل الضغط محركًا لتحسين الأداء، على المرء أن يصمم وسائل لجعله أكثر مرونة. وللقيام بذلك يجب على الفرد بناء وسائل متكاملة لإدارة الضغوط التي تشمل التخطيط وإدارة الوقت والطاقة.

الوسائل الشخصية

يعد تفهم عوامل الضغط إحدى الخطوات الأولى لإدارته. يميل الممرضون إلى الاعتقاد بأنهم يستطيعون أن يكونوا "كل شيءٍ لكل الناس". ولهذا، من المهم تحسين إدراك الأفراد بعوامل الضغط.

من الصعب الحفاظ على توازن حياتك ولكنه ليس مستحيلاً (Sullivan, 2013). ومن العادات الفعالة لتحقيق التوازن الآتي: إعادة تعريف الأدوار، وإدارة الوقت، والرعاية الذاتية. كما قد تساعد المهارات الشخصية وتعريف الدعم الاجتماعي في إدارة الضغط.

وإعادة تعريف الأدوار هي عبارة عن عملية توضيح الأدوار، ومحاولة الربط بين الأدوار المختلفة التي يقوم بها الشخص حتى يكمل بعضها البعض. وإذا كان هناك تضارب أو غموض في الأدوار، من المهم إخبار الآخرين بذلك. قد يشمل إعادة التعريف للأدوار عملية مفاوضات لتقليل الضغوط التي قد يعاني منها الشخص.

الكثير من الضغوط التي يعاني منها الممرضون ومديرو التمريض تنتج من الاعتقاد بأن احتياجات طاقم العمل والمرضى والمجموعات يجب أن تلبي فورًا وعاجلاً. ومن أهم طرق تقليل هذه الضغوط والتعامل معها إدارة الوقت. يجب أن نحدد كيف وأين ومتى نستخدم وقتنا. الوقت في غاية الأهمية، ويعد من أكثر الموارد ندرة. فإذا تم إهدار ساعة واحدة في اليوم فإنها تتراكم لتصبح ٢٦٠ ساعة أو ٦, ٢ أسبوعاً مهدراً على مدار العام. (راجع الفصل الثالث عشر)

ويعد الاهتمام بالحالة الجسدية (الأكل المتوازن، وممارسة الرياضة، والحصول على قسط كافٍ من النوم) وتطوير العادات النفسية المريحة من أهم وسائل العناية الشخصية التي قد تقلل من أثر الضغوط. وحتى يعتنوا بالآخرين، على الممرضين أن يهتموا بأنفسهم، ويمارسوا تقنيات تساعدهم على الاسترخاء. هذا ليس سهلاً، وخاصة بالنسبة للأفراد الذين يعملون في وظائف صعبة. من بين وسائل الاسترخاء: سماع الموسيقى، والقراءة، والتحدث مع الأصدقاء. وتعد الاهتمامات والأنشطة الخارجية من هذه الهوايات، وإحدى وسائل تغيير المزاج والاستمتاع والاسترخاء. كما يعد الحصول على إجازات بغض النظر عن ضغط العمل إحدى وسائل التجدد والاسترخاء.

للتعرف على المزيد من إستراتيجيات موازنة أمور الحياة يمكنك قراءة الفصل الرابع عشر "وازن أمور حياتك " بكتاب الينور سوليفإن "Becoming Influential: A Guide for" Nurses, 2nd ed (Prentice Hall, 2013).

الوسائل التنظيمية

غالباً ما يحاول مديرو التمريض مساعدة الآخرين في تعريف مستويات ضغوطهم والعوامل المؤثرة فيها. إذا عانى طاقم العمل من ضغوط عالية، على مدير التمريض أن يعرف مصدر هذه الضغوط وتحديد طريقة تقليلها أو إزالتها. بالإضافة إلى التقنيات السابق ذكرها، على مدير التمريض التعرف على مصادر الضغط ببيئة العمل.

على مدير التمريض أن يطرح الأسئلة التالية:

- هل يعد غموض الأدوار أو تضاربها هو سبب الضغوط؟
- هل يستطيع المدير تعريف أدوار الأفراد بطاقم العمل وهو ما يقلل تضاربها وغموضها؟
- هل يستخدم المدير أسلوب القيادة المناسب؟ (انظر الفصل الرابع).
- هل يحتاج المدير إلى تعريف أهداف طاقم العمل وإزالة العوائق التي تتعارض معها؟ وهل يعد إشراك طاقم العمل في عملية صنع القرار إحدى الطرق لتعريف وتقليل الضغوط؟
- هل ينتج الضغط من الشعور بانعدام القيمة الشخصية؟
- هل يساعد التدريب والتعليم في تقليل الضغط؟

- هل تساعد إعادة تعريف وتعزيز السلوكيات الإيجابية من تقليل الضغوط؟
- هل يساعد العمل الجماعي ومصادر الدعم الأخرى في التعامل مع الضغوط؟
- هل يمكن استخدام برامج مساعدة العاملين من خلال تقديم استشارات للموظفين؟

عندما يكون الضغط مرتبطًا بالعمل، يمكن اتباع عدد من الإستراتيجيات للتعامل معه. أولاً، يعد اختيار المرشحين المناسبين للوظيفة خلال عملية الاختيار والتوظيف من أهم الخطوات التي تقلل من الضغط (انظر الفصل ١٥). أيضًا قد يساعد التوجيه المناسب في بداية الوظيفة على بناء توقعات الممرضين المبتدئين، كما يمكن استخدام الممرضين الخبراء كمعلمين، وهو ما يقلل من ضغوط عمل الممرضين المبتدئين (Epstein, 2010). ويقلل التدريب من ضغط العمل، ويعزز الأداء، ويقلل التدوير الوظيفي (انظر الفصل ١٧).

أيضًا قد تستخدم المؤسسات برامج مساعدة العاملين (employee assistance programs (EAPs)). وقد أظهرت الدراسات أن المؤسسات التي لا تستخدم برامج مساعدة العاملين فقط، بل أيضًا تعزز من استخدامها داخل المؤسسة تستفيد إلى أقصى درجة من هذه البرامج (Azzone *et al.*, 2009).

على مديري التمريض تعلم كيفية التعرف على أعراض مشكلات الضغط العصبي لأعضاء طاقم العمل، كما أن عليهم يطلبوا من برامج مساعدة العاملين تقديم المساعدة لهؤلاء الموظفين، وأيضًا من الضروري إزالة الحرج من استخدام خدمات هذه البرامج (Epstein, 2010).

يعد التواصل والدعم الاجتماعي من أهم الوسائل التي تقلل من ضغوط العمل. يجب فتح قنوات التواصل مع المستويات العليا والدنيا للإدارة، حيث يساعد التواصل المستمر بين المستويات الإدارية والموظفين في تقليل الشائعات والتشكك. كما يساعد بناء الفرق في تكوين شبكات دعم بين الزملاء (انظر الفصل الحادي عشر).

أيضًا من الضروري استخدام السياسات التي تقلل من الضغوط المتعلقة بمواعيد الورديات. وتؤثر الإجازات وعدد ساعات الورديات المسائية، وتكليفات العمل بالإجازات على ضغوط العمل. يجب تقديم الوقت الكافي ليتمكن الممرضون من الاستراحة وتناول وجباتهم.

ويتعرض مديرو التمريض أيضًا إلى ضغط العمل، فقد أكدت دراسة لشيري أن مديري التمريض المتمرسين، والذين لديهم نطاق واسع للسلطة، وحصلوا على الدعم من مشرفيهم يكونون أقل تأثرًا بالضغط (Shirey *et al*, 2010) لهذا يعد من المفيد استخدام إستراتيجيات تقليل الضغط وتقديم الدعم لمديري التمريض، وطمأنتهم بأنهم سيستمرون في مناصبهم.

انظر دراسة الحالة (٢٥-١) التي توضح كيفية إدارة مديرة التمريض لضغوط العمل الخاصة بها والتي يعاني منها طاقم عملها.

بغض النظر عن العمل أو الحالة العائلية، يعاني الجميع من ضغط العمل سواء كانت ضغوطاً إيجابية أو سلبية. وتعد كيفية إدارة الضغط العامل الذي يجعل الحياة مثيرة أو صعبة. وتمكن إستراتيجيات إدارة الضغط الممرضين من تحسين أدائهم ورضائهم المهني.

دراسة الحالة (٢٥-١). إدارة الضغوط

تعمل مادلين ميرس مديرة تمريض بوحدة الرعاية الحرجة ووحدة الطوارئ في مستشفيين مندمجين بإحدى المناطق الحضرية. قامت المنظمة بشراء مستشفيين لم يكن هدفهما الربح. ثم أخبر نائب رئيس خدمات رعاية المرضى مادلين وعدداً من زملائها مديري التمريض بأنهم الآن سوف يتحملون مسؤوليات العمل في نفس المناصب الإدارية بثلاثة المستشفيات الجديدة. وسيتم تحويل مديري هذه المستشفيات إلى ممرضين مسؤولين فقط.

واجه مادلين تحدي إدارة وحدات الطوارئ والرعاية المركزة في خمسة مستشفيات تقع في نطاق جغرافي يبلغ ٦٠ ميلاً، ومن المفترض إدارة هذه الوحدات بكفاءة وفاعلية. وستساعدها خبرتها السابقة في ادارة الوحدات بالمستشفيين الحضريين على إدارة المستشفيات الجديدة.

شعرت مادلين بأن موظفي المستشفيات الجديدة قلقون من تغير الملكية والإدارة. بعض الموظفين قلقون من التغيرات غير المعروفة، وخائفون على مناصبهم، ولكن البعض الآخر متحمسون لهذه التغيرات، لأنهم يرون أن مرتباتهم ستزيد كما ستمنح لهم حرية التنقل بين المستشفيات الخمسة المختلفة التي يضمها نظام الرعاية الصحي. لكن المديرين السابقين للمستشفيات غاضبون من تقليل رتبهم إلى مديرين مسؤولين بدلاً من مديري تمريض. ولكن قسم الموارد البشرية قد أخبر المديرين السابقين للمستشفيات بأنهم يستطيعون التقديم على اي منصب عمل متاح في خمسة المستشفيات التي يضمها النظام.

تنوعت ردود فعل الموظفين بثلاثة المستشفيات حول تغير الملكية، كما زاد الضغط فيما بينهم. اجتمعت مادلين مع بقية مديري التمريض ليرسموا خطة انتقالية. عرفت الخطة الانتقالية المهام والإطار الزمني والتوقعات المتعلقة بدمج وحدات خدمة المرضى بخمسة المستشفيات. وساعدت الخطة على إدارة توتر مادلين وزملائها وذلك من خلال اعادة تعريف وتحديد وتنظيم أدوار ومسؤوليات العمل. ويساعد الاتساق في تنفيذ المهام على تقليل الضغط بين أعضاء طاقم العمل بالمستشفيات. على كل مدير أن يقابل طاقم عمله ليناقش أسئلتهم، والمسائل التي تخيفهم، والمؤثرة على معنوياتهم. على مادلين التخطيط لاجتماعات متفرقة مع المديرين السابقين للوحدات من أجل مناقشة نقاط قوة وضعف الوحدات وأهدافها.

بعد مرور ثلاثة أشهر، انخفضت معدلات التدوير الوظيفي بوحدات مادلين، كما عبر العاملون عن رضاهم الوظيفي. وانتقل اثنان من المديرين السابقين للمستشفيات في مناصب إدارية أخرى داخل النظام. كانت الفترة الانتقالية صعبة ولكن مادلين استمتعت بفرصة توسيع مهاراتها القيادية.

الدروس المستفادة:

مدير التمريض مسؤول عن:

١. التعرف على أثر عوامل الضغط الإيجابية أو السلبية التي قد يتعرض لها هو وطاقم العمل.
٢. استخدام إستراتيجيات مهنية وشخصية لتعريف وإدارة الضغوط.
٣. التواصل الصادق مع الموظفين المضغوطين في العمل.
٤. استخدام حلول مبتكرة للتعامل مع الضغط.
٥. تقييم فاعلية الحل وتعديله إن أمكن.

الخلاصة:

- الضغط هو رد فعل غير محدد يعاني منه الأفراد بسبب تواجدهم في بيئة مهددة.
- قد يكون الضغط إيجابياً أو سلبياً، بغض النظر عن الاستجابة الفسيولوجية له.
- تحدث الضغوط بسبب العوامل التنظيمية و المهنية والشخصية.
- قد يسبب ضغط العمل مشكلات جسدية ونفسية، منها الإنهاك والإرهاق العاطفي.
- يستطيع الأفراد تقليل الضغوط عن طريق تعريف عوامل الضغط، وإعادة تعريف الأدوار وإدارة الوقت والعناية الذاتية.
- قد يساعد مديرو التمريض في تقليل الضغط على أنفسهم وعلى موظفيهم.

• قد تدعم المؤسسات موظفيها في إدارة الضغوط المتعلقة بالعمل من خلال توظيف المرشحين المناسبين للوظيفة والتدريب والتوجيه الكافيين واستخدام الممرضين المتمرسين كمعلمين للمرضين المبتدئين.

• قد تستخدم المؤسسات برامج مساعدة العاملين لتعزيز طاقم عملها.

أدوات إدارة الضغط

١. التأكد من أن الضغط أمر ضروري مكمل للحياة.

٢. التعرف على أثر الضغط الإيجابي والسلبي على حياتك المهنية والشخصية.

٣. مراجعة إستراتيجيات إدارة الضغط وتقييم مدى فاعليتها.

٤. انتبه لمستويات الضغط، وحاول خلق وسائل تساعدك على إدارتها.

٥. إذا كنت تعاني من مستويات ضغط مرتفعة عليك استخدام وسائل العناية الذاتية.

التقويم :

١. ما الذي يجعلك تشعر بالضغط؟

٢. ما الوسائل التي تستخدمها للتعامل مع الضغط؟

٣. هل رأيت أفراداً يتعاملون سلبيا مع الضغط؟ وضح.

٤. هل عانيت من إحدى نتائج الضغط التي تم شرحها في الفصل؟ كيف تعاملت معها؟

٥. هل عانيت من غموض أو تضارب الأدوار؟ صف الوضع. كيف تعاملت مع ذلك؟

٦. كيف تعتني بذاتك؟ ما الطرق الجديدة التي قد تضيفها على وسائل العناية الذاتية؟

المراجع

Applebaum, D., Fowler, S., Fiedler, N., Osinubi, O., & Robson, M. (2010). The impact of environmental factors on nursing stress, job satisfaction, and turnover intention. *Journal of Nursing Administration, 40*(7/8), 323–328.

Azzone, V., Hiatt, D., Hodgkin, D., & Horgan, C. (2009). Workplace stress, organizational factors and EAP utilization. *Journal of Workplace Behavioral Health, 24*(3), 344–356.

Epstein, D. G. (2010). Extinguish workplace stress. *Nursing Management, 41*(10), 34–37.

Gates, D. M., Gillespie, G. L., & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and productivity. *Nursing Economics, 29*(2), 59–66.

Kramer, M. (1974). *Reality shock.* St. Louis, MO: Mosby.

Newsom, R. (2010). Compassion fatigue: Nothing left to give. *Nursing Management, 41*(4), 42–45.

Selye, H. (1978). *The stress of life* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Shirey, M. R., McDaniel, A. M., Ebright, P. R., Fisher, M. L., & Doebbeling, B. N. (2010). Understanding nurse manager stress and work complexity. *Journal of Nursing Administration, 40*(2), 82–91.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Yoder, E. A. (2010) Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research, 23*(4), 191–197.

الفصل السادس والعشرون

تطوير الحياة المهنية

٢. التكيف مع التغييرات

بعد الانتهاء من هذا الفصل ستتعرف على الآتي :

١. كيفية التخطيط لمستقبلك المهني؟
٢. لماذا تحتاج للتخطيط لحياتك المهنية؟
٣. كيف تحصل على وظيفتك الأولى؟
٤. كتابة سيرة ذاتية.
٥. كيف تجد وتستخدم المرشدين في إرشاد طريقك المهني؟
٦. كيف تجد وظيفتك التالية؟
٧. ماذا ستفعل عندما تفشل خططك المهنية؟

الرؤية المستقبلية لحياتك المهنية

المستقبل دائمًا غير واضح، ولهذا يؤمن الكثيرون بأنهم لا يستطيعون القيام بشيء حيال المستقبل. وبالرغم من ذلك، يتم تشكيل المستقبل من خلال قرارات وأفعال الإنسان. حتى القرارات والأفعال اليومية التي نتخذها قد تؤثر على المستقبل. الشيء الوحيد الذي لا يستطيع الإنسان فعله هو السيطرة على المستقبل، ولكننا نستطيع التأثير على المستقبل من خلال النجاح أو الفشل في أداء أفعال معينة.

ويبدو أنه لأننا لا نستطيع السيطرة على المستقبل فمن المنطقي عدم التخطيط له. ولأن أغلب الناس لا تخطط للمستقبل، فهم ينتظرون وقوع الأحداث، ويحاولون التعامل مع الظروف الحاضرة، ويأملون في حدوث الأحسن.

بدلاً من ذلك، حاول تخيل أحوالك في المستقبل، اصنع في مخيلتك الحياة التي تتمناها. ماذا ستفعل لتحقق هذا الحلم؟ ما الذي فعلته طوال الفترة الماضية يؤهلك لتحقق هذا الحلم؟

الآن تخيل وفقاً لطريقة عملك الحالية كيف سيكون حالك خلال خمس السنوات القادمة؟ ماذا ستصبح بعد عشر سنوات قادمة؟ أخيرًا، كيف ترى نفسك في السنوات الأخيرة قبل التقاعد؟ هل ستكون راضيًا عن حياتك في هذا الوقت؟ ما الذي كنت تتمنى فعله؟

قابلت إحدى الممرضات مستشارًا عن برنامج تعليمي مخصص للممرضات المسجلات. بعد الحديث عن متطلبات البرنامج والمناهج التي يجب دراستها وجدول الدراسة، وجدت الممرضة أنها إذا أنهت منهجا واحداً في كل فصل دراسي فإنها ستحتاج خمس السنوات لإنهاء البرنامج التعليمي. بدا على وجه الممرضة سمات الإحباط. سألها المستشار عن السبب.

فقالت "إذا تقدمت للبرنامج فإني سأنهيه في سن الخامسة والثلاثين".

رد المستشار: "نعم، وإذا لم تتقدمي له فستبلغين الخامسة والثلاثين بدون شهادة تعليمية".

إدارة الحياة المهنية

يجب البحث عن وظيفتك الأولى بمجرد الانتهاء من الدراسة. قد تعتقد في أثناء الدراسة أنه يمكنك تأجيل الخوف من عدم التمكن من الحصول على وظيفة. ولكن الباحثة شيري (٢٠٠٩) تقول العكس، فهي تقسم الحياة المهنية للممرضين إلى ثلاث مراحل"

• **المرحلة الأولى:** التمني (أول عشر سنوات). يجب الحصول على خبرات العمل الأولية في هذه المرحلة من أجل بناء أساس الحياة المهنية الناجحة في المستقبل.

• **المرحلة الثانية:** التحرك (من ١١ إلى ٢٩ سنة). تعد مواصلة التعلم والتنمية وتنويع الخبرات العملية والتخطيط المستقبل من أهم أساسيات النجاح.

• **المرحلة الثالثة:** الحصاد (آخر السنوات في الحياة العملية). مع استمرار التعلم والتنمية المهنية، يجب أن يشارك الممرض خبراته مع أصغر المرضين سنًا حتى يترك خلفه سيرة طيبة تتداولها الأجيال اللاحقة. تقول شيري (٢٠٠٩) أنه لا يتم إيجاد وظيفة فحسب، بل يجب تخطيط وتنمية هذه الوظيفة.

الحصول على الوظيفة الأولى

الخطوة الأولى بعد الانتهاء من التعليم الأساسي في مجال التمريض هي اختيار الوظيفة الأولى. الهدف من هذه الوظيفة هو التعلم والتمرن على المهارات الإكلينيكية. بالإضافة لذلك، يجب أن تبنى علاقات تواصل بينك وبين الزملاء والمشرفين.

هذه هي بعض المعايير التي يجب البحث عنها في أثناء اختيار الوظيفة الأولى:

- هل هناك فرصة التدرب على المهارات الإكلينيكية التي ترغب في تعلمها؟
- هل ستتعلم من الإكلينيكيين المتمرسين الذين يرغبون في نقل خبراتهم؟
- هل ثقافة المؤسسة والإدارة هي تقديم الدعم للممرضين ؟
- هل تتناسب مهمة المؤسسة مع قيمك؟ (هل تساعد المؤسسة الفقراء)؟
- هل هناك فرص للتطوير المهني؟

لا توجد وظيفة كاملة كأي شيء في الحياة. استخدم المعايير السابقة لتقييم المؤسسة والمنصب الذي قد تعمل فيه. إذا تناسبت المؤسسة والمنصب مع هذه المعايير، وخاصة المعايير التي تهمك، قم باتخاذ هذه المعايير الإضافية في اعتبارك.

- هل يتناسب جدول العمل مع حياتك الشخصية؟
- هل المؤسسة قريبة من منزلك؟

ويعد المرتب آخر المعايير المهمة التي قد تحدد اختيارك للوظيفة، حيث إن الدخل القليل يعتبر أقل أهمية من الفرص والمهارات المهنية التي ستحصل عليها، وستدعمك في المستقبل. تذكر أنك ستمضي كثيراً من الوقت في وظيفتك، فلا تضحِ بالفرص المستقبلية من أجل فروق طفيفة في الأجر الحالي.

التقدم للوظيفة

بعض المؤسسات تطلب ملء عدد من البيانات في استمارات الوظيفة، سواء عبر الإنترنت أو عبر البريد، أو عن طريق المقابلة الشخصية، وبعض المؤسسات تطلب تقديم سيرة ذاتية. السيرة الذاتية (A résumé) هي عبارة عن ورقة تعرض المؤهلات التعليمية، والمهنية، والإنجازات. (انظر الصندوق ٢٦-١) قد تعكس السيرة الذاتية هدفك المهني، مثل:(اكتساب خبرات إكلينيكية) أو الهدف المهني طويل الأجل، مثل:(الحصول على منصب مدير) .

ويشمل الجزء التعليمي الآتي:

١. الشهادات، والمعاهد التي درست فيها، وسنوات التعلم، وتاريخ التخرج (الفعلي أو المتوقع).

٢. التدريبات.

٣. التعليم المستمر.

ويشمل الجزء المهني الآتي:

١. المناصب السابق توليها.

٢. أسماء المؤسسات التي عينتك.

٣. تاريخ التوظيف.

ويشمل جزء الإنجازات الآتي:

١. التطوع، كتقديم خدمات المساعدة في مراكز إيواء المشردين.

٢. الخدمات التنظيمية، كالمساعدة في اتحادات الجامعة.

٣. الجوائز، كالحصول على جائزة التلميذ المثالي.

بمجرد التقدم للوظيفة، والحصول على رد من المؤسسة بأن أحد المختصين يرغب في مقابلتك، ستكون جاهزاً بعد ذلك لتحديد وقت ومكان المقابلة الشخصية للوظيفة. وتعد المقابلة الشخصية هي فرصتك (أحيانًا قد تكون فرصتك الوحيدة) للترويج لنفسك أمام مسؤولي التوظيف. لا ترتكب أخطاء: إذا لم تستطع الترويج لنفسك، فلن يقوم أحد بذلك نيابة عنك. يجب أن تستعد للمقابلة الشخصية جيدًا. يجب أن تعرف من ستقابل، وتعرف ما تستطيع أن تعرفه عن المؤسسة، وتتوقع الأسئلة التي قد توجه لك، وتتخيل ردودك عليها.

الصندوق (٢٦-١). نموذج للسيرة الذاتية.

كلوي آر. ستيفنسون، ممرضة مسجلة و حاصلة على شهادة بكالوريوس في العلوم التمريضية

٥٦٢٥ ساميت لاين

حديقة أوفر لاند، كنساس ٦٦٢٢٢

٩١٣,٥٥٥,٢٢٢٢

Chloestevenson@anyprovider.net

الرؤية الشخصية

الحصول على مهنة ممرضة مسجلة في وحدات الرعاية الحرجة، وهو ما يمكنني من استخدام مهاراتي الإكلينيكية، ومهاراتي في حل المشكلات، وتقديم خدمات رعاية ممتازة للمرضى.

خبرات العمل

ممرضة مسجلة

مايو ٢٠٠٩ – حتى الآن

العمل في وحدة القياسات الحيوية، بمستشفى ميموريال، حديقة أوفرلاند، بولاية كنساس

١. الحالي، تقديم رعاية مباشرة للمرضى المصابين بأمراض قلبية متنوعة، والمرضى الذين أجروا عمليات في القلب بوحدة القياس الحيوية التي تحتوي على ثلاثين سريرًا طبيًا.

٢. المهام الإكلينيكية: التقييم، وإدارة الدواء (وإعطاء الأدوية عن طريق الحقن الوريدي)، ومراقبة أداء عضلة القلب.

٣. رسم وتنفيذ ومراقبة خطط الرعاية الصحية للمرضى، وإكمال تقارير متابعة المريض، وتحديد نتائج واستجابة المريض للعلاج.

٤. الحصول على شهادة الدعم المتقدم للقلب (Advanced Cardiac Life Support (ACLS) والعمل كقائد في فريق الرعاية الحرجة للمرضى.

٥. المشاركة في لجنة الممارسة المبنية على الأدلة للخدمات القلبية.

٦. تقني رعاية المرضى

يناير ٢٠٠٨ – مايو ٢٠٠٩

العمل في وحدة القياسات الحيوية، بمستشفى ميموريال، حديقة أوفرلاند، بولاية كنساس

١. العمل تحت إشراف الممرض المسجل لتقديم خدمات رعاية مباشرة للمريض، وقياس المؤشرات الحيوية للمريض، وإلباس المرضى والمساعدة في اغتسالهم، ومرافقة المرضى، والمساعدة في عملية إنهاء أوراق قبول وإخراج المرضى إلى ومن المستشفى.

٢. تولي مسؤولية إعداد التقارير الإكلينيكية.

٣. التدرب على إعداد الصورة البيانية الكهربائية للقلب ومراقبة نشاطه.

٤. المشاركة في فريق تحسين جودة خدمات الرعاية بالوحدة.

التعليم

١. بكالوريوس في علوم التمريض، مايو ٢٠٠٩، جامعة كنساس، GBA: ٣,٧ /٤,٠

٢. ممرضة مسجلة، ولاية كنساس، يوليو ٢٠٠٩.

٣. شهادة الدعم المتقدم للقلب، أغسطس ٢٠٠٩.

الجوائز

جائزة جاين سميث للامتياز في مجال التمريض الإكلينيكية، مايو ٢٠٠٩، وتقدم الكلية هذه الشهادة لطلبة التمريض بالسنة النهائية الذين لديهم سجل تعليمي مميز ولديهم مهارات إكلينيكية ممتازة

تقدم لائحة المصادر والمعارف عند الطلب

المقابلة الشخصية

الاستعداد للمقابلة الشخصية

يكمن الهدف من المقابلة الشخصية في أن تتعرف المؤسسة عليك، وأن تعرف معلومات عن المؤسسة (Krischke, 2010). في الحالات المثلى، ستتمكنان أنتما الاثنان من تحديد إن كان هناك منصب مناسب لك في المؤسسة أم لا، أو ما يعرف بالمرشح "المناسب" للوظيفة.

حتى تستعد للمقابلة، يجب أن تطرح الأسئلة الآتية:

١. ما الذي تريد أن تعرفه عن المنصب ؟

٢. ما الأسئلة التي قد توجه إليك فيما يتعلق بتعليمك وخبراتك السابقة. استعد جيدا لتعرض إنجازاتك باختصار.

٣. ما نقاط قوتك ونقاط ضعفك. هل تتناسب مع احتياجات المؤسسة؟

٤. ما الذي تريد أن تعرفه عن المؤسسة؟

حاول أن تعرف من الذي سيجري المقابلة الشخصية معك، وما منصبه ودوره في المؤسسة. قد تتقابل مع مسؤول من قسم الموارد البشرية، ومع شخص يحتمل أن يكون المشرف المستقبلي لك.

حاول أن تكون لطيفًا مع موظفي الاستقبال، فهم لديهم القدرة على تمهيد طريقك وإخبار مديريهم عن سلوكك الحسن. حاول أن تختار موعداً مناسباً للمقابلة، بحيث تكون في هذا الموعد مسترخياً وغير متعجل، أي ليس بعد يوم عمل طويل، أو في وقت تليه مقابلة في مكان آخر.

قد ترسل إليك ورقة بها معلومات عن المؤسسة (إذا لم تحصل عليها اسأل إذا كان يمكنك الحصول عليها). يجب أن تحصل على وصف للمنصب الذي تقدمت عليه، ويجب أن تقارن بين متطلبات المنصب وبين مهاراتك. وقد تشمل الورقة التي حصلت عليها بياناً عن مهمة المؤسسة، ورؤيتها، وأهدافها. (انظر الفصل الثاني).

ومن المفيد أن تحصل على ورقة بالهيكل التنظيمي للمؤسسة، ولكنك غالباً لن تحصل عليها. المهم أن تتعرف على وضع المنصب الذي تتقدم إليه في الهيكل التنظيمي للمؤسسة. هذا سيساعدك على تحديد من هو الشخص الذي سيكون مشرفاً عليك. أيضًا يجب أن تعرف طريقة التواصل المباشر مع الإدارة العليا.

ما الذي يجب ارتداؤه عند الذهاب للمقابلة الشخصية

يقلق الكثيرون مما هو واجب ارتداؤه عند الذهاب للمقابلة الشخصية. وهذا أمر منطقي. فإن مظهرك هو الذي يبني الانطباع الأول عنك، وقد يقوي أو يضعف من موقفك. يجب أن تكون الملابس محافظة وبسيطة، فإنك تريد من الممتحن أن يركز على مؤهلاتك وليس على ملابسك.

للرجال، سيكون من الأفضل ارتداء قميص نظيف، ورابطة عنق وسترة. وبالنسبة للنساء، فمن الأفضل ارتداء بنطال أو جونلة مع سترة ذات ألوان محايدة، وحذاء ذي كعب قصير، وإكسسوارات بسيطة وحقيبة يد. يجب أن ترتدي ملابس تشعرك بالراحة. لا تشتر ملابس جديدة، إلا إذا لم يكن لديك ملابس مناسبة.

خلال المقابلة الشخصية

احضر معك نسخة من سيرتك الذاتية حتى وإن ملأت استمارة التوظيف (فقد تحتاجها عندما يطلب منك توضيح أمرٍ ما). احصل على إرشادات واضحة لطريق الوصول إلى مكان المؤسسة، وحاول أن تصل مبكرًا بعدة دقائق. أعد نفسك نفسيًا وعقليًا من خلال تذكير نفسك بمؤهلاتك ومتطلبات الوظيفة التي تلائم خبراتك. ادخل المؤسسة وأنت واثق من نفسك، وابتسم وسلم على الممتحنين.

يمكنك قراءة نموذج الأسئلة (في الجدول ٢٦-١، وفي جدول ١٥-١) التي قد توجه لك في المقابلة الشخصية. بالإضافة لذلك، ستوجه إليك أسئلة عن تاريخك المهني والتعليمي. كما يمكنك طرح أسئلة عن المنصب والمؤسسة. عليك أن تكون مستعدًا لطرح الأسئلة. إن المرشح الذي لا يطرح أسئلة يعطي انطباعاً بأنه غير مهتم، أو ليس لديه الخبرة المهنية.

أغلب الممتحنين يدركون ما الأسئلة المناسبة التي توجه للمرشح ؟ وما الأسئلة التي لا يحق لهم طرحها؟ ليس عليك الإجابة على أسئلة مثل كم طفلاً لديك؟ وما أعمارهم؟ أو أسئلة عن الحالة الشخصية. (انظر الجدول ١٥-٢ للتعرف على الأسئلة غير القانونية). توجيه هذه الأسئلة لك يبرز تحيز المؤسسة لفئات معينة من المرشحين، إذا تم توجيه مثل هذه الأسئلة عليك أن تعيد النظر في

الرغبة بالعمل لدى هذه المؤسسة. يقدم الفصل الخامس عشر معلومات عن المقابلات الشخصية من وجهة نظر الممتحن، ويقدم الصندوق (٢٦-٢) سيناريو للحوار بين ممتحن ومرشح للوظيفة.

الجدول (٢٦-١). نموذج للأسئلة التي قد تطرح في المقابلة الشخصية.

أسئلة عن مهنتك الحالية

ما الذي تقوم به في مهنتك الحالية؟

ما الذي تحبه في مهنتك الحالية؟

ما الذي لا تحبه في مهنتك؟

لماذا تريد أن تترك مهنتك الحالية؟

أسئلة عن أهدافك وإنجازاتك

ما إنجازاتك التي تفخر بها؟

ما المهارات التي تفعلها بصورة متقنة؟

ما أهدافك طويلة الأمد؟

كيف ستحقق أهدافك؟

أسئلة عن المنصب الجديد

لماذا ترى أنك مناسب للعمل في هذا المنصب؟

ما توقعاتك عن المنصب؟

لماذا أنت مهتم بالمنصب؟

هل تريد أن تضيف شيئاً لم نناقشه بهذه المقابلة؟

From Sullivan، E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses (2nd ed.). Upper Saddle River، NJ: Prentice Hall Health. Used with permission.

الصندوق (٢٦-٢). سيناريو المقابلة الشخصية .

المدير: مرحبًا، أنا باولا جرين. وأنا أعمل مدير تمريض وحدة الجراحة. أشكرك على قدومك اليوم، سأبدأ بتقديم معلومات بسيطة عن طبيعة العمل بالوحدة، ثم ستتكلم عنك وعن رغبتك في العمل هنا.

تعمل الوحدة أربعاً وعشرين ساعة باليوم طوال أيام الأسبوع، وتشمل الوحدة اثنين وثلاثين سريرًا طبيًا. نحن نقدم خدمات الرعاية للمرضى الذين أجروا جراحات باطنية أو في العظام. متوسط فترة إقامة المريض بالوحدة هو ثلاثة أيام. كل الغرف تشمل سريرا واحدا لمريض واحد فقط. نرحب بأفراد العائلة الذين يرغبون في قضاء الليل مع مرضاهم بغرفهم. نحن نعمل بجد حتى نريح المرضى. الآن، أخبرني عن نفسك ولماذا ترغب في العمل هنا.

المرشح للوظيفة: أنا صاموئيل جونز. أعمل كممرض منذ ثلاث سنوات. درست في كلية التمريض بجامعة ابستات. عملت في وحدة الجراحة بأحد المستشفيات الاجتماعية بعد الانتهاء من تعليمي، كما عملت هناك في أثناء تعليمي.

الآن أريد أن أنتقل للعمل في مستشفى كبير يضم عدداً أكبر من المرضى. لقد قرأت عن مستشفاك وكنت متحمسًا جدًا عندما رأيت إعلان المستشفى عن هذا المنصب. أعتقد أن هذا المستشفى سيكون مثالياً للعمل به.

المديره: أخبرني لماذا ترى أن المستشفى مناسب لك.

المرشح: حسنًا، أنا أعلم أن المستشفى يعد أدواراً خدمية جديدة، كما سيقدم خدمات مختلفة، أريد أن أعمل في مكان يتطور باستمرار، كما علمت من موقع المستشفى الإلكتروني أنه قد حصل على شهادة المستشفى الجاذب. أريد أن أعمل في مستشفى يقدر عمل الممرضين ويكون فيه فرص للتطوير المهني. أحد أفراد عائلتي جاء إلى هنا لتلقي العلاج. وقد أحب المستشفى، وقال إن الجميع كانوا مهنيين ورائعين.

المديرة: من الجيد سماع ذلك! إذن، أخبرني عن خبرة عملك في المستشفى الاجتماعي. وما دورك في هذا المستشفى؟

المرشح: أنا أعمل كعضو بهيئة التمريض في وحدة الجراحة بالمستشفى. أعمل في الوردية الليلية. وبعد أن عملت بها لمدة عام ونصف، قدمت على دروس إكلينيكية وبدأت أعلم وأدرب الممرضين الجدد. كما أعمل ممرضاً مسؤولاً في هذا المستشفى. أقوم برئاسة الوردية، وأساعد زملائي، وأتحدث مع المرضى الخائفين.

المديرة: يبدو أنك عملت بشكل جيد خلال ثلاث السنوات الأخيرة. أخبرني عن دورك كممرض مسؤول وقائد. إنها مسؤولية كبيرة. لماذا تحب هذه المسؤولية، وكيف يصفك زملاؤك؟

المرشح: أحب العمل بكد، وأن أكون نموذجا يحتذى به لزملائي. أعتقد أن ذلك يتوقف على التواصل الجيد مع الزملاء، لهذا أتحدث دائمًا مع زملائي وأستخلص منهم المعلومات. أعتقد أن زملائي سيقولون إنني أسألهم دائمًا إذا كانوا يحتاجون للمساعدة. أريدهم أن يشعروا بأني أدعمهم، وأني موجود بجانبهم طوال الوقت.

المديرة: أخبرني عن نقاط قوتك كممرض.

المرشح: أحاول أن أركز على المريض. أنا أعتمد على ذاتي. هذه السنة الثالثة التي يكون فيها سجل حضوري إلى المستشفى ممتازاً.

المديرة: أخبرني عن نقاط ضعفك.

المرشح: أحيانًا لا أتلقى مساعدة في عملي، وأحيانًا أشعر أني مرهق من العمل. أنا دائمًا أسأل زملائي إذا كانوا يحتاجون المساعدة، ولكني أخجل من أن أسأل إذا كان بإمكان زملائي مساعدتي. على تعلم كيف آخذ وأعطي.

المديرة: جميعنا لدينا عيوب ونقاط قوة. علينا أن نعزز من نقاط قوتنا ونتعلم كيفية التعامل مع عيوبنا. هل ترغب في الحصول على جولة بالوحدة الآن؟

بعد المقابلة

أرسل خطاب شكر بعد مرور أربع وعشرين ساعة على موعد المقابلة الشخصية إلى كل من شارك في هذه المقابلة. قد يكون خطابك مكتوباً بخط اليد أو مطبوعاً على ورقة متوسطة الحجم. يجب أن يكون الخطاب قصيرًا. اشكر الممتحن فقط على اهتمامه بك، وبين أنك قد استمتعت بهذا اللقاء. اكتب في الخطاب كلمات قصيرة عن مؤهلاتك التي تناسب المنصب. اختم الخطاب قائلاً بأنك تنتظر الرد من المؤسسة.

المقابلة الثانية

ليس من المعتاد أن تجري مقابلة ثانية إذا نجحت في المقابلة الأولى وأظهرت أنك المرشح المناسب للمنصب. غالباً ما تكون المقابلة الثانية بينك وبين زملائك ومديرك المحتمل. قد تحصل على جولة في الوحدة التي ستعمل بها، وتقابل زملاءك المحتملين، وذلك من أجل الحصول على فرصة لتقييم طبيعة العمل.

غالباً ما يتم طرح أسئلة عن كيفية التصرف في مواقف مهنية معينة. مثلاً، تستمع إلى سيناريو ما، ثم يطلب منك شرح كيفية التعامل مع هذا الموقف. خذ وقت كافياً للإجابة عن هذا السؤال. من الواضح أنهم يدركون أنك ستستطيع التعامل مع هذا الموقف، وذلك لأنهم طلبوا منك العودة إلى المستشفى مرة أخرى. اجعل إجابتك مختصرة وفي السياق. هدفك هو إظهار أنك منافس جيد وواثق من قدراتك المهنية.

التحدث مع الزملاء المحتملين سيمكنك من التعرف على المعلومات التي تهمك بشأن المنصب، و مسؤولياته، وتحديات العمل في هذا المنصب. يمكنك أن تسأل قائلاً: "ما المشكلات التي تواجه هذه الوحدة؟ " أو أن تقول: "ما الذي تحتاجه هذه الوحدة لتعمل على أكمل وجه؟".

غالباً ما ستسأل إذا كنت ما زلت راغبًا في الوظيفة. إن كنت ما زلت راغبًا في المنصب، اسأل متى سيتم اتخاذ قرار التوظيف. بعد هذه المقابلة، أرسل خطاب شكر، ولكن للأفراد الجدد الذين تقابلوا معك هذه المرة.

قبول المنصب

إذا عرض عليك الحصول على المنصب، عليك أن تبدأ في التفاوض مع المسؤولين. لا تتجاهل هذه الخطوة بسبب حماسك لقبول الوظيفة.

يعد المرتب هو النقطة الرئيسة للتفاوض. أغلب المديرين لديهم مرونة في تحديد الأجر إذا وجدوا مبررًا جيدًا لذلك، ولكنهم نادرًا ما يقولون ذلك. وغالباً ما تقدم المؤسسة أقل أجر ممكن حتى ترى إذا كان المرشح يرغب في المزيد أم لا. حاول الحصول على أجر أعلى من المرتب الذي ترغب في الحصول عليه، ولكن لا تتمادى. لا يعتبر طلب مرتب أعلى من المرتب المعروض بصورة مبالغة أمرًا غير محترف فقط، بل أيضًا يظهرك مهتماً بالمال فحسب.

بعد الموافقة الشفهية على الوظيفة، أرسل خطاباً رسمياً توضح فيه موافقتك للمدير الذي يريد تعينك. اشكر مديرك على ثقته فيك، وأكد على سعادتك بالانضمام إلى المؤسسة.

رفض المنصب

أحيانًا قد لا ترغب في الحصول على المنصب المعروض عليك، فقد لا تكون الوظيفة مناسبة، أو قد لا يكون الوقت مناسباً لك، أو قد لا تكون المؤسسة مناسبة. أخبر الشخص المناسب عن هذه النية في أقرب وقت ممكن. اشكر الشخص على العرض، وعلى ثقة المؤسسة فيك. وضح باختصار عن سبب رفضك للوظيفة، وأكد على أنك تتمنى أن تظل المؤسسة راغبة في توظيفك لديها إذا شغر أي منصب جديد في المستقبل. أرسل خطاباً رسمياً. رغم كونك لا ترغب في الوظيفة أو المؤسسة، إلا أنه قد يرغب أحد الأشخاص في ترشيحك للعمل في مؤسسة أخرى. حياتك المهنية ستكون طويلة، لا تهمل أهمية إقامة صلات جيدة مع الأفراد.

بناء سيرتك الذاتية

بمجرد قبولك وظيفتك الأولى، يجب أن تفكر كيف ستطور من حياتك المهنية.

أول خطوة هي تقييم الذات. يجب تعريف الآتي:

- شخصيتك، وقيمك، ومعتقداتك، وما تحبه وما تكرهه.

- نمط حياتك.
- عائلتك.
- أصدقاؤك وحياتك الاجتماعية.
- هواياتك ونشاطاتك.
- رؤيتك للمستقبل.
- مهاراتك.
- تعليمك.
- تفضيلاتك في مهنة التمريض.

يقصد بآخر نقطة مجالات العمل في مهنة التمريض التي تناسبك وتحب العمل فيها. تحديد هذه النقطة قد يتطلب وقتًا وممارسة وخبرة. ثم اسأل نفسك الآتي:

- هل تفضل بيئة العمل السريعة، مثل العمل في وحدات الرعاية الحرجة والصدمات؟
- هل تفضل البقاء مع المرضى لوقت طويل؟ قد تناسبك وحدات إعادة التأهيل أو الرعاية طويلة الأجل أو الوحدات الطبية.
- ما ظروف وطرق العلاج التي تفضلها؟
- ما الحالة المرضية التي تثير اهتمامك؟ أهي مشكلات القلب، أم الأمراض النفسية، أم التشخيصات الطبية؟
- هل تفضل العمل في عيادة، أو مكتب طبي، أو رعاية منزلية، أو مستشفى؟
- هل تفضل سلوك الدرب الأكاديمي، أو الممارسة العملية للمهنة؟

قد لا تتمكن من التعرف على هذه التقييمات بسهولة وبسرعة: يحتاج الأمر وقتًا طويلاً من الممارسة، والتحقيق، وطلب المساعدة من الأصدقاء والعائلة حول رأيهم في قدراتك، والتعلم من القراءة أو حضور البرامج التعليمية. وتكون هذه التقييمات مرنة ومتغيرة مع تغير حياتك وتنمية مهاراتك، كما ستتغير حياتك الشخصية والاجتماعية، لهذا يجب إجراء تغييرات وتعديلات في خطتك المهنية.

الخطوة الثانية هي تقييم البيئة المحيطة

ما الذي قد يتغير في نظام الرعاية الصحية (حيث تحدث التغييرات بسرعة في هذا المجال). كيف ستؤثر التغييرات في قوانين الرعاية الصحية على مستقبلك؟ هل ظهرت طرق علاجية أو تطعيمات أو أدوية جديدة تؤثر على مناصب عمل معينة، أم هل هذه الطرق الجديدة تقدم فرص عمل جيدة؟ هل هناك برامج تعليم جديدة يمكن حضورها؟

مثلا، فإن منصب الممرض الإكلينيكي القائد الذي تم شرحه في الفصل الرابع يعد أحد نماذج التغيير في المناصب. فمع تطور التكنولوجيا ظهرت تخصصات جديدة للمرضين والأطباء. وقد تغيرت حالياً تكنولوجيا مراقبة وعلاج الأمراض عن بعد من هيكل المناصب وتخصصات العمل في مجال الرعاية الإكلينيكية.

هناك طرق متعددة للتعرف على التغييرات التي قد تحدث في بيئة العمل. يجب الاهتمام بالتقارير المنشورة عن الاكتشافات العلمية والتكنولوجية في مجال الرعاية الصحية. يجب الاستمرار في قراءة الأدبيات، ومراجعة التحديثات في المواقع المتخصصة لمهنة التمريض، وحضور برامج تعليمية عن التمريض. يجب الاشتراك في مؤسسة متخصصة، أو في المواقع التي تنشر المقالات المتخصصة عن التمريض من أجل التعرف على المجالات التي تثير اهتمامك.

أيضًا قد تفيد متابعة أعمال الآخرين. كثير من الأفراد اختاروا مسار مهنتهم من خلال متابعتهم لطريقة عمل الأفراد المتمرسين. والممرضون يقومون باختيار مسار العمل الإداري أو الأكاديمي بعد تعاملهم مع نموذج جيد لمرضين أكثر خبرة وتمرسًا منهم.

من المهم التحدث مع الخبراء والزملاء والمديرين. انتبه لما يقال، وتحقق من مصداقيته، وحاول أن تعرف كيف ستفيدك هذه المعلومات. وتعد عملية جمع المعلومات عملية مستمرة. لن تكون خطتك المهنية ثابتة، بل هي تتغير مع تغير حياتك وأهدافك، والبيئة المحيطة بك.

بمجرد الانتهاء. من تقييمك الذاتي وتقييمك للبيئة المحيطة، قم بتحديد خياراتك. حاول أن تضم الآتي إلى خطتك: المعوقات أو الفرص القانونية (هل سيتغير قانون الممارسة التمريضية بولايتك وهو ما يضيف مزايا عمل جديدة لممارسي مهنة التمريض؟)، وبرامج التعليم الجديدة

(مثلاً، إذا قامت الجامعة بتقديم برنامج تعليمي متخصص في مجال ممارسة الرعاية التمريضية الحرجة)، ورغباتك (هل تريد الحصول على شهادة دكتوراه)، وما إذا كنت ترغب في الانتقال من مكان إقامتك، أو إذا كنت ترغب في التضحية بالوقت اللازم لتحقيق أهدافك. هذه النقطة الأخيرة تظهر مع تغير الوقت، أو الاحتياجات الأسرية و الحياة الاجتماعية.

حاول تحديد الخبرات التي تحتاجها لتحقيق خطتك، وكيف تحصل على هذه الخبرات، هل عن طريق التعليم المستمر، أو التدرب في أثناء أداء العمل، أو إكمال مناهج معينة للحصول على شهادات ما، أو الحصول على درجة جامعية جديدة. هل تحتاج إلى رخصة عمل أو شهادة؟ ما المؤسسات التي قد تقدم لك خبرات معينة ستساعدك على تحقيق أهدافك؟ هل هناك كتب أو مصادر الكترونية قد تساعدك في الحصول على هذه الخبرات؟

مهنة التمريض من أكثر المهن التي تتميز بالتنوع وتقدم كثيراً من الفرص الإكلينيكية، فهناك تمريض خاص بمجال الجراحة، أو رعاية ما بعد الصدمات، أو الرعاية بالمنزل، أو إعادة التأهيل. قد تكون متخصصاً في مجال ما، أو ممارساً إكلينيكياً، أو معلما، أو باحثا، أو مديرا. قد تصبح صاحب مؤسسة، أو تعمل كمتخصص في أنظمة المعلومات، أو قد تعمل في مجال المبيعات الدوائية، أو قد تؤلف كتباً عن التمريض. توضح دراسة الحالة (٢٦-١) كيف قام ممرض بتطوير مهنته.

ارسم خطة مرنة وطويلة الأجل. لا أحد يعرف كيف ستتغير حياته، أو البيئة التي يعمل بها، أو ما الفرص الجديدة التي قد تظهر. حاول أن تكون منفتحًا: تحدث مع الخبراء، استكشف مهاراتك ورغباتك. الأمر الذي نعرفه جيدًا هو أننا نغير في مستقبلنا عندما ننجح أو نفشل في القيام بأمر ما في الوقت الحاضر.

دراسة الحالة (٢٦-١). التطوير المهني.

تريفور بريجز، ممرض مسجل وحاصل على بكالوريوس في علوم التمريض، وعمل تريفور كمشرف على غرفة العمليات خلال أربع السنوات الماضية. خلال السنتين الماضيتين قام القسم الذي يعمل به تريفور بإدخال نظام معلومات إلكتروني جديد، وشارك تريفور في عملية تنفيذ هذا المشروع. بالإضافة لذلك قام تريفور بتدريب العاملين على كيفية العمل بهذا النظام الجديد، كما تفاوض مع الموردين من أجل شراء أدوات تحسن من طريقة عمل النظام. مؤخرًا، طلب مدير التمريض من تريفور أن يرأس لجنة أنظمة المعلومات الإكلينيكية للمستشفى، كما بدأت الإدارة بتجميع المعلومات الإكلينيكية من كافة أقسام المستشفى.

استمتع تريفور من العمل باللجنة وتعلم الكثير عن كيفية تطبيق أنظمة المعلومات الإكلينيكية. أعلنت الإدارة عن منصب جديد في المستشفى وهو قائد فريق الأنظمة الإكلينيكية. ومن شروط الوظيفة أن يكون القادة ممرضين سبق لهم التعامل مع مختص نظم المعلومات، كما سبق لهم المشاركة في عملية تطبيق نظام المعلومات الإكلينيكي الجديد. خبرة تريفور الإكلينيكية وخبرته في تطبيق نظام المعلومات الجديد جعلوا منه المرشح المناسب لهذا المنصب. بعد المقابلة الشخصية بين تريفور وقسم تكنولوجيا المعلومات تم اختيار تريفور كقائد فريق الأنظمة الإكلينيكية.

سجل تريفور في برنامج دراسات عليا بإدارة أنظمة المعلومات من أجل اكتساب مزيد من الخبرات المتعلقة بهذا المجال. من المفترض أن يختار تريفور بين تخصصين فرعيين داخل برنامج الدراسات العليا بعد إكمال المحاضرات الأساسية للبرنامج، وكان التخصصان هما: تخصص البرمجيات، وتخصص إدارة المشروعات. قام تريفور بمراقبة تفضيلات سوق العمل لأي من خريجي هذين التخصصين حتى يتمكن من اتخاذ قراره، كما استشار تريفور قلبه ليختار التخصص الذي يفضله. و قابل تريفور أحد أعضاء هيئة التدريس بالبرنامج الذي كان يعمل كممرض طوال ١٠ سنوات، وذلك حتى يفهم مميزات وعيوب كل تخصص. قرر تريفور أن يختار تخصص إدارة المشروعات لأنه يمكنه من تحسين مهاراته القيادية والإدارية. بعد أن أكمل تريفور دراسته العليا، تمت ترقيته ليصبح مدير تمريض بقسم أنظمة المعلومات الإكلينيكية، ثم أكمل تريفور دراسته من أجل الحصول على شهادة الدكتوراه.

الدروس المستفادة:

على مدير التمريض ان يقوم بالآتي:

١. تحديد المسيرة المهنية التي تناسب مهارات ومواهب واهتمامات الشخص.
٢. البحث عن الفرص التي توسع من المهارات والخبرات في مجال مختلف عن مجال العمل الحالي.
٣. تحليل اتجاهات سوق العمل.

تابع سجل تطويرك المهني

قم بإنشاء سجل نشاط (activity log) خاص بك، حتى تسجل خطوات التطوير المهني التي تقوم بها. سيفيدك هذا في التعرف على إنجازاتك والبرامج التعليمية التي أكملتها ووضعك المهني بالمستشفى وهو ما يمكنك من التقدم للوظيفة التي تناسب هذه الإنجازات. اكتب اسم البرامج التعليمية والأنشطة التي قمت بها والشهادات التي حصلت عليها والإنجازات، ولا تنس أن تضيف إلى كل هذا تواريخ بداية وانتهاء كل نشاط، ومن قدم هذه الأنشطة واين أكملتها، وأي معلومات إضافية قد تفيدك. اكتب قائمة بالإنجازات المهنية مثل قيامك باكتساب خبرات جديدة أو بتدريب أو تعليم بعض أعضاء طاقم العمل. اذكر التدريبات التي حصلت عليها. يوضح الجدول (٢٦-٢) نموذجاً لسجل النشاط.

لا يمكن كتابة كل الأنشطة التي ذكرتها في السجل في السيرة الذاتية. يجب أن تعد السيرة الذاتية بما يتلاءم مع متطلبات المنصب أو الوظيفة التي ستتقدم إليها. مثلاً، فإن السيرة الذاتية التي ستقدمها من أجل الحصول على وظيفة في مؤسسة تختلف عن السيرة الذاتية التي ستقدمها للعمل في كلية أو مجال أكاديمي. إن السجل سيساعدك في التأكد من أنك لن تنسى أحد إنجازاتك أو شهاداتك التعليمية عندما تجدد سيرتك الذاتية.

حاول أن تسجل نفقاتك. قم بتسجيل النفقات في سجل النشاط، أو في ملف منفصل حتى تتمكن من إعداد سجلك الضريبي. يمكنك أن تحفظ هذه البيانات على جهاز الحاسب الآلي أو في ملف ورقي. ويفضل أن تحتفظ بشهاداتك وإيصالات الدفع في ملف منفصل.

الجدول (٢٦-٢). سجل النشاط :

النشاط	المحتويات
التعلم	أسماء الكليات التي درست بها، وأماكن الكليات، وتاريخ الدفعة، والدرجات.
خبرات العمل	كل مناصب العمل التي عملت بها، والوظائف المؤقتة في فترة الصيف، ومناصب الدوام الكلي والجزئي.
تراخيص العمل	رخصة التمريض، ورقم الرخصة، واسم الولاية.
الشهادات	اسم الشهادة، وتاريخ الحصول عليها، واسم المؤسسة التي قدمتها.
المؤسسات التي عملت بها	أسماء المؤسسات، وتاريخ العمل واللجان التي اشتركت بها.
الأبحاث التي نشرتها	اسم البحث، واسم الدورية التي نشر بها البحث، وتاريخ النشر.
الأنشطة التطوعية	اسم المؤسسة، وما مساهمتك فيها.
الإنجازات	الإنجازات الوظيفية .

From Sullivan، E. J. (2003). Becoming influential: A guide for nurses (2nd ed.). Upper Saddle River، NJ: Prentice Hall Health Used with permission.

تحديد الاحتياجات العلمية

يجب أن تتعلم بشكل مستمر حتى تطور من مهنتك. يمكنك أن تتعلم باستخدام طرق عديدة. يمكن أن تحصل على العلم عن طريق مواقع التعليم الإلكترونية، والشهادات المتخصصة، والكليات، والكتب، والدوريات العلمية، ومواقع الإنترنت، والاجتماعات المهنية. ولكن، حتى تطور مهاراتك عليك أن تحصل على خبرات. هناك العديد من الاختيارات لذلك.

شهادات البكالوريوس للممرضين المسجلين

قام الكثير من الممرضين المسجلين بالحصول على شهادات بكالوريوس إضافة إلى تعليمهم الأساسي الذي حصلوا عليه من دبلوم التمريض. ويوصي معهد الطب (٢٠١٠) بأن يحصل ٨٠٪ من الممرضين على شهادات بكالوريوس، أو دراسات عليا حتى عام ٢٠٢٠. وتتيح برامج البكالوريوس التمريضية للممرضين أن يحصلوا على الشهادة دون أن يعيدوا مواد أخذوها في شهاداتهم الأساسية، كما تقدم كثير من الكليات برامج تعليم عن طريق الإنترنت.

الشهادات المتخصصة

تتزايد أنواع الشهادات المتخصصة مع ظهور تخصصات جديدة. الشهادة هي عبارة عن تقدير رسمي للممرض الذي يحصل على مهارة، أو معرفة، أو خبرة متخصصة، ويجب أن تكون هذه الشهادات ملائمة لمعايير معينة (Miller & Boyle, 2008). ويصدق على الشهادات التمريضية كلٌ من اللجنة القومية للتوثيق ((National Commission for Certifying Agencies (NCCA)) أو المجلس الأمريكي للتخصصات التمريضية (the American Board of Nursing Specialties (ABNS)). وهناك العديد من الشهادات المتخصصة في مجال التمريض منها، شهادة ممارسة التمريض، والممرض الإكلينيكي المتخصص، والتخصصات الإكلينيكية، والتي منها: تخصصات التأهيل، والرعاية القلبية، والرعاية الأولية، ورعاية كبار السن، وغيرها.

قد يتكاسل الممرضون في الحصول على الشهادات لعدد من الأسباب (Watts, 2010) منها: تكلفة الشهادة، ومواد الدراسة، وعدم تدعيم المؤسسة أو المدير للممرض، أو انعدام المكافآت الوظيفية الناتجة عن الحصول على شهادات متخصصة. ولكن بالرغم من ذلك فإن الفوائد المستقبلية للحصول على هذه الشهادات سوف تغطي على العيوب قصيرة الأجل السابق ذكرها.

الدراسات العليا

تقدم شهادات الدراسات العليا سواء كانت شهادة ماجستير أو دكتوراه كثيراً من الخبرات والخلفيات العلمية، قد تستخدم هذه الخبرات والمعلومات في إكمال مسيرتك المهنية كممرض، أو

أن تستخدمها للعمل في مجال التدريس الأكاديمي. يجب أن تكمل الدراسات العليا حتى تصبح مدرساً، أو ممارساً لمهنة التمريض، أو باحثاً أو إدارياً.

وتعد عملية اختيار برنامج الدراسات العليا المناسب لك أمراً صعباً ومستهلكاً للوقت. يجب أن تجمع أكبر قدر من المعلومات عن البرنامج، ومتطلباته، والمحتويات التي يجب أن تتلاءم مع احتياجاتك التعليمية. اجمع المعلومات وتحدث مع طاقم التدريس والتلاميذ والزملاء من أجل اتخاذ القرار. حاول المقارنة بين الكليات التي ترغب في الدراسة بها. اسأل معلميك ومشرفيك ومرشديك عن الخطوة التي يجب أن تقوم بها.

يعد هذا أهم القرارات التي يمكنك اتخاذها لتطوير مهنتك. قد يكون هذا القرار من أكثر القرارات أهمية وتكلفة. اتخذ الوقت الكافي للتفكير، راجع خياراتك، وكن مستعدًا للالتزام بهذا القرار. هناك العديد من برامج التمويل التي ستمكنك من الالتحاق بالدراسات العليا. يعد قرار الحصول على مصدر لتمويل الدراسة أكثر القرارات صعوبة. ويساعدك مكتب مساعدة الحصول على التمويل الخاص بالكلية في تحديد المؤسسات التي تقدم قروض التعليم المناسبة لك. كما تدعم بعض الأندية الاجتماعية مثل نادي روتاري الدولي الممرضين من خلال تقديمها لمنح دراسية.

يجب أن تحدد هدفك طويل الأجل مما يساعدك على تحديد مجال الدراسة الذي يحتاجه سوق العمل. مثلاً، إن انخفاض أعداد الممرضين الأكاديميين سيكون مفيدا للذين سيسلكون الطريق الأكاديمي في المستقبل. وقد يقدم الجيش منحاً دراسية للممرضين في مقابل الحصول على خدمات من الحاصلين على المنح.

التعليم المستمر

ليس من الصعب أن تجد برامج تعليمية، ولكن من الصعب تحديد جودة هذه البرامج. إذا حصلت على معلومات عن محتويات البرنامج، وشعرت أن هذه المعلومات تتناسب مع هدفك، عليك أن تقيم هذه المعلومات من خلال طرح الأسئلة التالية:

- هل يقدم البرنامج مؤسسة معروفة مثل كلية أو مؤسسة مهنية ما؟
- من المحاضرون؟ هل خبراتهم تتلاءم مع المحاضرات التي يلقونها؟

• هل محتويات البرنامج تلائم احتياجاتك التعليمية في هذه الفترة من العمر، هل هي متقدمة على مهاراتك المهنية الحالية، أم هي أقل من مهاراتك الحالية؟

• هل يمكنك الحصول على دعم مادي لحضور المحاضرات؟ إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو المقابل الذي ستقدمه للمؤسسة المانحة؟ هل يمكنك إعداد تقرير عما تعلمته في البرنامج، لأن ذلك سوف يعزز من المعلومات التي تعلمتها، كما ستتمكن من إخبار الآخرين بأنك تلقيت هذا البرنامج، من خلال كتابة التقرير.

• احضر البرنامج حتى وإن لم تقم المؤسسة بتمويلك. ستتمكن من خصم المبالغ المدفوعة في البرنامج من الضرائب التي تدفعها للدولة، وهو ما سيعود عليك بالفائدة.

• هل يمكن التقديم على إجازة من العمل، هل ستتحمل الوقت والتكلفة المهدرة؟

المؤسسات المهنية

تتيح العضوية في المؤسسات المهنية الكثير من الفرص التعليمية. وتقدم المؤسسات المهنية اشتراكات في المجلات العلمية، ومواقع الإنترنت والمدونات، والاجتماعات والمؤتمرات والبرامج التعليمية. ولديك الفرصة لمقابلة والتعرف على زملاء المهنة والخبراء، كما ستتعلم عن طريق المشاركة في المجتمع المدني وفرق المهمات والمجالس. كثير من الممرضين الناجحين الآن بدأوا حياتهم المهنية من خلال المشاركة في إحدى المؤسسات المهنية.

وتتنوع المؤسسات التمريضية مع تنوع التخصصات والاهتمامات. وتعد عضوية الجمعية الأمريكية للممرضين (American Nurses Association) مفتوحة لجميع الممرضين المسجلين. كما تضم جمعية سيجما ثيتا تاو الدولية (Sigma Theta Tau International) أكثر من ٤٠٠ اتحاد مع كليات التمريض حول العالم. كما يوجد العديد من المؤسسات المتخصصة في مجالات تمريضية محددة مثل الجمعية الأمريكية لمرضي الرعاية الحرجة، أو الجمعية الأمريكية للممرضين المتخصصين في الأمراض العقلية (American Association of Critical Care Nurses or the American Psychiatric Nurses Association). كل هذه المؤسسات تضم لجاناً وأقساماً ومجالس ترحب بمواهبك وبوقتك.

إيجاد واستخدام المرشدين

من أهم المهام التي ستؤثر على مهنتك هي التعرف على المرشدين وإقامة صلات معهم. **المرشد** هو شخص لديه خبرة أكبر منك، ومستعد لمشاركتك هذه الخبرة من أجل تطوير مسيرتك المهنية. سيعرفك المرشد على بعض الأفراد المهمين، كما سيخبرك ماذا يجب أن تفعل من أجل تطوير ذاتك. ويقدم لك المرشد فرصا للتعلم ويعرفك أخطاءك وسيفخر بك عندما تنجح.

قد يكون المرشد ممرضاً على درجة عالية أو شخصاً يعمل في مهنة متواصفة مع مهنة التمريض مثل المجال الأكاديمي، وهذا لأن المرشد يجب أن يكون لديه العديد من الصلات التي قد تساعدك في حياتك المهنية. غالباً ما يكون المرشد شخصا يعمل معك في نفس المؤسسة، ولكن هذا ليس ضروريا. قد يكون لديك أكثر من مرشد، ولكنهم لا يقومون جميعًا بإرشادك في نفس الوقت.

قد تتقدم إلى المرشد الذي تختاره، أوقد يختارك المرشد بنفسه. ولكن ليس من السهل أن تتكون الصلة بينكما لتكون الشخص الذي يحصل على الإرشاد والمرشد. وغالباً ما ستعتمد على واحد أو اثنين للحصول على نصائح، أو قد يعطيك المرشد تكليفًا أو فرصة للعمل. إذا لم تنجح في أي الأحوال لن تكون هناك مشكلة. سوف يذهب كل منكما في طريقه. وتتكون صلات الإرشاد عندما تحصل على الخبرات، وتكونان راضيين عن أدائكما.

وستحصل أنت ومرشدك على العديد من المزايا. فأنت ستشعر بالإنجاز عندما تعمل مع مرشد، والمرشد سيشعر بالرضا عندما يشركك في خبراته، وعندما يساعدك على النجاح في مهنتك. غالباً ما يرغب الممرضون الذين يعملون في الدرجات الوظيفية العليا في أن يمرروا خبراتهم للآخرين، ويعدوهم حتى يحلوا محلهم بعد رحيلهم. هذا هو ما يسبب رضا كلا الطرفين.

ولكن يجب أن يأتي الوقت الذي ستترك فيه مرشدك. فقد تجد وظيفة أخرى، أو قد يجد المرشد وظيفة أخرى. وكنتيجة لذلك تختلف صلتكما وعلاقتكما ببعض. إذا انتقلت إلى مهنة أخرى فإنك ستكون صلات أخرى وزمالات، وقد تكتسب مرشداً جديداً. أحيانًا ودون الانتقال إلى مؤسسة أخرى قد تحتاج إلى ترك مرشدك، ولكن هذا يتطلب كياسة وأدباً. وغالباً ما ينسب الممارسون الناجحون نجاحهم إلى مرشديهم، وسيظلون يشعرون بالامتنان لمرشديهم.

التفكير في المنصب الثاني

يأتي الوقت للتفكير في منصبك الثاني عندما تتقبل منصبك الأول. ابدأ من خلال تقييم ما الذي تعلمته في المنصب الأول، وما الخطوة التالية التي تراها مناسبة لك. انتهز كل الفرص المتاحة لتعلم المزيد.

قررت إحدى المتخرجات الجديدات أنها تريد أن تعمل في مجال التدريس الأكاديمي بمجال التمريض، ولكنها تعلم أن عليها الحصول على خبرات إكلينيكية قبل أن تقدم في برنامج الدراسات العليا. اعتبرت كل خبرة إكلينيكية كفرصة للتعلم. قامت بكتابة ملاحظات عن المرضى الذين كانت تتولى حالتهم، فكانت تذكر حالتهم الصحية، والعلاج والأدوية التي يتلقونها، وذلك في وقت فراغها. في أقل من عام كانت قد كتبت كتاباً يرشدها عن الحالات المرضية. تقدمت في برنامج دراسات عليا، وأكملت العمل، ولكن بدوام جزئي، واستمرت في كتابة ملاحظاتها. بمجرد تخرجها أصبحت إكلينيكية متمرسة، وذلك بالرغم من أن عدد ساعات عملها في المؤسسة كانت أقل من عدد ساعات تعلمها في الكلية.

إيجاد المنصب الجديد

عندما تتوافر فرص التوظيف فإنه سيكون لديك العديد من الفرص للحصول على مهنة ثانية. لا يجب الاستهانة بهذه الخطوة بغض النظر عن عدد الفرص المتاحة. في هذه المرحلة يجب أن تقيم نفسك. يجب أن تكون متأكداً من أنك ترغب في ترك وظيفتك، ويجب أن تتأكد من انك قد حصلت على الخبرات والإنجازات التي تحتاجها، وأنك لن ترحل في وقت أزمة (في وقت تقييم لمؤسستك من قبل اللجنة المشتركة)، كما يجب أن تحدد الوظائف التي ستتناسب مع احتياجاتك.

بمجرد أن تستعد لذلك يمكنك أن تبحث عن فرص جديدة باستخدام العديد من الطرق. تقدم مواقع الإنترنت خدمات البحث عن وظائف مثل موقع (www.nurse.com/jobs). كما تقدم المؤسسات المهنية فرص البحث عن عمل منها سيجما ثيتا تاو الدولية (http://stti.monster.com) والجمعية الأمريكية للممرضين (www.nursecareercenter.com). (انظر المصادر الإلكترونية في نهاية الفصل).

وتساعد ملتقيات التوظيف، وإعلانات الجرائد، ومنشورات العمل التي قد تنشرها الكلية التي تخرجت منها في الحصول على فرصة عمل ثانية.

ترك منصبك الحالي

هناك طرق لترك المنصب الحالي، مثلما توجد فرص البحث عن فرص عمل جديدة. أولاً: يجب أن تعرف فترة الإنذار السابق لترك العمل التي تتطلبها المؤسسة. أخبر مشرفك بمجرد حصولك على مهنة جديدة، وأرسل خطاباً رسمياً مرفقاً فيه قرار تعيينك الجديد. يجب أن تكتب كلامًا لطيفًا بغض النظر عن شعورك تجاه المؤسسة أو المشرف أو الزملاء. هدفك هو أن تترك المؤسسة في ظروف جيدة.

حاول ألا تترك المؤسسة بطريقة فظة بغض النظر عن الظروف المحيطة. الشخص الوحيد الذي باستطاعته فعل ذلك هو الذي يتعرض لمخاطر جسدية، وترفض المؤسسة أن تتخذ اللازم لحمايته. هذه الظروف نادرة الحصول ولكنها متواجدة.

يجب أن تكون مؤدباً في تعاملاتك مع الزملاء والمشرفين. حاول ألا تحتقر مؤسستك وإدارتها. فإن تعليقاتك السلبية عن المؤسسة لن تخدم موقفك. ولكن بالطبع هذا لا يعني أنك لن تقول الحقيقة. إذا كان وضع المؤسسة سيئاً فإن المؤسسة الجديدة تعلم ذلك. كما أنك لست مرغمًا على قول أي شيء عن مؤسستك الحالية. لا تعرف المستقبل وما يحمله لك، لهذا عليك أن تنهي علاقاتك مع المؤسسة بطريقة مهذبة.

عندما تفشل خططك

يجب أن تتأكد أنه ليس دومًا تسير الخطط كما نأمل (قد تكون الأمور أحسن مما كان مخططاً لها)، قد تقع أخطاء. يتخذ كل الناجحين مجازفات، وجميعهم فشلوا في مرحلة من مراحل حياتهم. إن الأمر الذي يجعلهم ناجحين هو أنهم يتعلمون من أخطائهم، ومستعدون للاستمرار في مسيرتهم، بغض النظر عن الأحداث الخارجية التي قد تؤثر على خططهم.

قبول الوظيفة الخطأ

أحيانًا قد تعمل في وظيفة ليست ملائمة لك. قد تعتقد أنك مستعد للوظيفة الإدارية، ولكنك لا تعلم كيف تتعامل مع المسؤوليات. لا وظيفة كاملة، ولكن أحيانا قد يكون الواقع بعيدًا جدًا عن توقعاتنا، وهو ما يجعلنا غير راغبين في العمل بهذه الوظيفة.

ربما قبلت العمل في الوظيفة الملائمة، ولكنك اخترتها لأسباب خاطئة. مثلاً، قد تفضل العمل في بيئة سريعة الحركة فتقبل وظيفة ممرض في وحدة الرعاية الحرجة بالوردية المسائية. ولكن بعد فترة ستكتشف أن ضغط العمل كبير، ولا تستطيع النوم في الأوقات المعتادة، وأن حالات المرضى أصعب مما كنت تظن.

عندما تشعر أنك اتخذت القرار الخطأ، حاول أن تجد شخصاً محل ثقة لينصحك. قد تطلب النصح من المرشد أو المعلم حتى تعرف ما القرار الخطأ الذي اتخذته. قد لا يكون العيب في الوظيفة. قد تحتاج فترة لتتعلم كيف تتعامل مع ضغط العمل (انظر الفصل ٢٥)

إذا قررت أنك ستترك الوظيفة، يجب أن تترك الوظيفة بصورة ودية. وغالباً ستترك الوظيفة في وقت صعب قد لا يستطيع المشرف التعامل معه، لذا حاول أن تقدم المساعدة للمشرف حتى يستطيع التعامل مع رحيلك. أيضًا، ويتم غالباً النظر إلى فترات العمل القصيرة بصورة سلبية، لهذا يجب أن تجد مبررًا لشرح تركك العمل في وقت قصير، كما يجب أن تترك سيرة جيدة في المؤسسة القديمة، بحيث يخبر مشرفوك المؤسسة الجديدة أنك فعلت ما بوسعك لمساعدة المشرف عند اتخاذه قرار الرحيل بعد أن اكتشف أنه يعمل في المهنة التي لا يحبها.

التكيف مع التغييرات

تحدث التغييرات طوال الوقت في مؤسسات الرعاية الصحية، ولكن يبدو أن هذه التغييرات أصبحت تحدث بصورة أسرع. حتى تستطيع الحصول على المهنة التي تريدها وتشعر بالرضا الوظيفي، عليك أن تتعلم أن تتكيف مع التغيرات وتستجيب لها. أفضل ما يمكنك القيام به هو أن تكون مرنًا. يرى شارف (٢٠٠٦) أنه يجب أن يكتسب الممرضون الشجاعة الكافية ليغيروا اتجاه حياتهم.

ماريكا تعمل في إحدى مؤسسات الرعاية التي تقدم خدمات صحة نفسية في المنزل، وقد قدمت ماريكا في برنامج دراسات عليا، بالإضافة لذلك كانت ترغب ماريكا في الحصول على منصب متخصص إكلينيكي في مجال الرعاية النفسية بالمنزل. وبينما كانت ماريكا تدرس، اكتشفت أن المؤسسة ستغلق قسم الرعاية المنزلية للمرضى النفسيين، وستكتفي بتقديم الخدمات في مقر المؤسسة، ومن ثم فإنه تم إلغاء منصب العمل.

لحسن الحظ كان لدى ماريكا خطة أخرى. أكملت ماريكا دراستها الأكاديمية حتى حصلت على الدكتوراه. أصبحت ماريكا عضواً بهيئة التدريس بالكلية.

قد تقع أحداث كثيرة تغير من حياتك. مثلاً إذا عرض على شريك حياتك وظيفة في ولاية أخرى. أو كنت سترزق بطفل. أو إذا مرض أحد والديك ويحتاج للرعاية. مثلا، إذا أثرت التغييرات على خطتك، عليك فقط أن تعدل من جدول عملك، أو تقلل من البرامج التعليمية التي كنت ترغب في الحصول عليها.

الحياة تستمر. ولا نستطيع أن نتنبأ بما يخفيه المستقبل لنا. يجب أن تكون مرنا مع الأحداث غير المخطط لها كالمرض، أو الحمل، أو إفلاس المؤسسة وغلقها. يجب أن تخطط للتغيرات، ولكن عليك أن تبقي هدفك أمام عينيك. ستكتشف أنك ستحصل على فرص أفضل، وسيكون مستقبلك أفضل مما توقعت.

ملحوظة: هذا الفصل مأخوذ من كتاب سوليفإن، أى، جأى (٢٠١٣) بعنوان كيف تصبح ممرضاً فعالاً: كتاب إرشادي للممرضين (الطبعة الثانية).

Sullivan,E. J. (2013). Becoming influential: A guide for nurses (2nd Ed.). Upper Saddle River,NJ: Prentice Hall.

الخلاصة:

- كيف تخطط لمستقبلك.
- الحياة المهنية تنقسم لثلاث مراحل: التمني، والتحرك، والحصاد.
- كيف تختار وظيفتك الأولى، وكيف تقدم لها، وكيف تجري المقابلة الشخصية، وكيف تقبل أو ترفض عرض الوظيفة.

- كيف تصمم السيرة الذاتية.
- كيف تتابع وتعرف احتياجاتك التعليمية.
- كيف تجد وتستخدم مرشديك.
- كيف تجد منصباً جديداً وتترك منصبك الحالي.
- كيف تتكيف مع التغيير.

أدوات التطوير المهني

١. اختر المناصب والأنشطة المهنية التي تتماشى مع أهدافك قصيرة وطويلة الأجل.

٢. اكتب سجل نشاط لإنجازاتك.

٣. تابع تغير السياسات وتغيرات نظام الرعاية الصحية حتى تتعرف على الفرص التي قد تتاح لك في المستقبل.

٤. قيم الفرص التعليمية من خلال تحديد مدى ملاءمتها مع احتياجاتك التعليمية ورغباتك الوظيفية.

٥. أنشئ صلات مع المرشدين.

٦. قيم الخطوات التي اتخذتها، وأدخل عليها تعديلات، أو بيانات، أو تفصيلات جديدة.

التقويم :

١. ما رؤيتك للمستقبل إذا استمررت كما أنت الآن؟ هل تساعدك دراستك أو عملك الحالي في الوصول إلى هدفك المستقبلي؟ إذا كانت الإجابة بلا، ما الذي قد تفعله لتغيير الوضع؟

٢. مثل سيناريو المقابلة الشخصية المكتوب في الصندوق ٢٦-٢ ثم غير دورك أنت وزميلك. كيف تختلف التجربة من أن تكون الممتحن، أو المتقدم للعمل؟

٣. اكتب أو استعرض سيرتك الذاتية. هل هي محدثة؟ إذا كانت الإجابة بلا، أدخل المعلومات المفقودة. خذ وقتاً للتفكير في إنجازاتك.

٤. اكتب سجل النشاط.. راجع إنجازاتك كل فترة.

٥. هل لديك مرشد؟ قيم الصلة التي بينكما. كيف تريد تحسين هذه الصلة؟ ما الذي يمكنك فعله؟

٦. ما احتياجاتك التعليمية؟ قيم الفرص المتاحة للحصول على برامج تعليمية، أو شهادات.

٧. هل فشلت خطتك من قبل؟ هل عندك شيء يمكنك فعله بطريقة مختلفة لتفادي الفشل في المستقبل؟

المواقع الإلكترونية:

1. Nurse.com: www.nurse.com/jobs
2. Sigma Theta Tau International: http://stti.monster.com
3. American Nurses Association: www.nursecareercenter.com

المراجع

Institute of Medicine (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health.* Retrieved April 26, 2011 from http://www.thefutureofnursing.org/IOM-Report

Krischke, M. M. (2010). Nursing interview guide, Part II: Asking the right questions at the right time. Retrieved December 16, 2010 at www.NurseConnect.com

Miller, P. A. & Boyle, D. K. (2008). Nursing specialty certification: A measure of expertise. *Nursing Management, 39*(10), 10–16.

Shaffer, J. (2006). Cultivating personal courage. *American Nurse Today, 1*(10), 52–53.

Shirey, M. R. (2009). Building an extraordinary career in nursing: Promise, momentum, and harvest. *The Journal of Continuing Education, 40*(9), 394–400.

Sullivan, E. J. (2013). *Becoming influential: A guide for nurses* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Watts, M. D. (2010). Certification and clinical ladder as the impetus for professional development. *Critical Care Nursing Quarterly, 33*(1), 52–59.

معجم المصطلحات الأجنبية

4Ps of marketing	هي عبارة عن الإستراتيجيات الأربع التي تشملها الخطط التسويقية وهي: المنتج، والمكان، والسعر، والترويج.
Absence culture	ثقافة الغياب: هي عبارة عن القيم غير الرسمية التي تحدد نظرة الموظفين للغياب في العمل.
Absence frequency	تكرار الغياب: هو العدد الإجمالي لفترات الغياب بغض النظر عن الفترة الزمنية التي استغرقتها.
Accommodating	المساعدة هي نوع من أنواع تكتيكات التعاون، ويحدث عندما يتجاهل أحد الأطراف اهتماماته في مقابل الاهتمام بالآخرين.
Accountable care organization	مؤسسة الرعاية الضامنة: هي مجموعة من مقدمي خدمات الرعاية الصحية التي تقدم الرعاية لمجموعة محددة من المرضى.
Accountability	المسؤولية: هي تقبل الاعتراف بنتائج الأفعال.
Activity log	سجل النشاط: هو عبارة عن سجل دائم للتطور المهني، ويشمل البرامج التعليمية، والتدريب، والشهادات، والإنجازات التي حصل عليها وقام بها الشخص.
Adaptive decisions	القرارات التكيفية: هي عبارة عن القرارات التي تؤخذ عندما تكون المشكلات والحلول البديلة غير معتادة ومفهومة جزئياً.
Additive task	المهام المضافة: هي عبارة عن المهام التي على مجموع الجهود الفردية للمجموعة.

Adjourning	التفكك: وهو المرحلة الأخيرة من تكوين الفرق، حيث تتفرق المجموعة بعد الانتهاء. من مهامها.
Age Discrimination Act	قانون التمييز العمري: هو قانون يحرم التمييز ضد المتقدمين إلى العمل والموظفين فوق سن الأربعين.
Ambiguous evaluation standards problem	تقييم معايير المشكلات المبهمة: هو ميل المقيمين إلى وضع تلميحات للتقديرات
Americans with Disabilities Act	قانون المعاقين الأمريكيين: هو قانون يجرم التمييز ضد الأفراد المؤهلين، والذين يعانون من خلل عقلي أو جسدي قد يؤثر على واحد أو بعض الأنشطة التي يقومون بها.
Artificial intelligence	الذكاء الاصطناعي: التكنولوجية الآلية التي تستطيع تشخيص المشكلات، وتتخذ قرارات محدودة.
Assignment	التكليفات: توزيع المهام بصورة ملائمة في بطاقات الوصف الوظيفي للفرد.
Attendance barriers	معوقات الحضور: هي عبارة عن الأحداث التي تؤثر على قدرة الموظف على الحضور (كالمرض والمسؤوليات العائلية).
Authority	السلطة: هي الحق في إصدار الأوامر.
Avoiding	التجنب: هو إحدى تقنيات إدارة الصراعات، والتي ينكر فيها المشتركون وجود صراعات أو خلافات.
Baylor plan	خطة بايلور: وسيلة ابتكارية تستخدم لتخطيط مستويات طاقم العمل المطلوب للعمل في إجازات نهاية الأسبوع. وتم إنشاء هذا الأسلوب في جامعة ومركز طبي بأبلور، ومن خلال هذه الخطة يوافق الموظفون على العمل في ورديات مدتها ١٢ ساعة فقط في أثناء عطلات نهاية الأسبوع، ويدفع لطاقم العمل مقابل عمله طوال الأسبوع.

Behavioral interviewing	المقابلة السلوكية: هي أسئلة توجه للمتقدمين للوظيفة، والتي من خلالها يتم استخدام الأداء والسلوك السابق للمرشحين في التنبؤ بسلوكياتهم حال حصولهم على الوظيفة.
Behavior-oriented rating scales	التقييم المنصب على السلوك: هو تقنية لتقييم الأداء، ويركز على سلوكيات محددة، ويستخدم الحوادث الحرجة.
Benchmarking	المقارنة المعيارية: هي وسيلة للمقارنة بين الأداء باستخدام مؤشرات جودة معروفة بين المؤسسات والتخصصات المختلفة.
Benefit time	هو عبارة عن أوقات الإجازة المدفوعة الأجر رغم عدم وجود إنتاج كالإجازات وأيام الإجازات المرضية.
Block staffing	كتلة التوظيف: هي عبارة عن نوع من أنواع الجدولة، والتي من خلالها يتم تثبيت توليفة محددة للعاملين في كل وردية، وذلك لضمان تواجد الأعداد الملائمة للعمل.
Bona fide occupational qualification (BFOQ)	المؤهل المهني الصادق: هي صفة تمنع مجموعات معينة من التوظف.
Brainstorming	العصف الذهني: هو أسلوب لاتخاذ القرار، حيث يجتمع أعضاء المجموعة ويخلقون أفكاراً متنوعة عن طبيعة، وسبب، وتعريف، وحل المشكلة.
Budget	الميزانية: هي بيان كمي- غالباً ما يكون مقيماً بالنقود- عن توقعات المؤسسة المالية خلال فترة زمنية معينة، وذلك بغرض إدارة الأداء المالي للمؤسسة.
Budgeting	إعداد الميزانية: هو عبارة عن عملية التخطيط والسيطرة على العمليات المستقبلية من خلال مقارنة النتائج الواقعية بالخطط المستهدفة.
Bureaucracy	البيروقراطية: هو مصطلح أنشأه ماكس ويبر لتعريف المؤسسات المثالية والرشيدة والفعالة.

الإنهاك: يحدث عندما يستخدم الفرد كل طاقته عند القيام بوظيفة ما، ويشعر بأنه ليس لديه طاقة كافية لإنهاء مهام العمل.	Burnout
حاجة العمل: هو التمييز أو الإقصاء المسموح به في أوقات الحاجة لضمان سلامة الموظفين أو العملاء.	Business necessity
الميزانية الرأسمالية: هي أحد مكونات خطة الميزانية، والتي تتضمن المعدات والتجديدات الواجب شراؤها من قبل المؤسسة حتى تحقق أهدافها طويلة الأجل.	Capital budget
الضريبة: هي أموال شهرية ثابتة تخصم في مقابل تقديم الخدمات.	Capitation
الشهادة: هي تقدير رسمي يمنح للممرض الذي يحصل على معرفة، أو مهارة، أو خبرة متخصصة.	Certification
سلسلة الأوامر: هي تدرج السلطة والمسؤولية داخل المؤسسة.	Chain of command
التغيير: هو عملية تنفيذ أشياء مختلفة.	Change
وكيل التغيير: هو الشخص الذي ينفذ التغيير.	Change agent
الممرض المسؤول: هو منصب متسع لعضو هيئة التمريض يتحمل فيه مسؤوليات أكبر، ويعمل فيه بصورة متلازمة مع مدير التمريض.	Charge nurse
نموذج الرعاية المزمنة: هو نموذج استباقي تم تصميمه لتقديم الخدمات اليومية للمرضى بواسطة الفرق الإكلينيكية.	Chronic care model
السلم الإكلينيكي: هو نظام يستخدم مؤشرات الأداء لتطوير الموظف داخل المؤسسة.	Clinical ladder
النظام الإكلينيكي المصغر: هو وحدة رعاية صغيرة تخدم نفسها طوال الوقت.	Clinical microsystem
قائد التمريض الإكلينيكي: هو شخص يحقق تكامل خدمات الرعاية الصحية، ويعد مسؤولاً عن مجموعة معينة من العملاء بداخل النظام المصغر للرعاية الصحية.	Clinical nurse leader

Coaching
التدريب: هو عبارة عن عملية يومية لمساعدة الموظفين على تحسين أدائهم.

Cohesiveness
التماسك: هو درجة ارتباط الأفراد بمجموعتهم، ويعبر عن رغبتهم في الحفاظ على عضويتهم بالمجموعة.

Collaboration
التعاون: هو أن تعمل كل الأطراف معًا لحل المشكلة.

Collective bargaining
المفاوضات الجماعية: هي فعل جماعي يقوم به الموظفون بغرض ضمان مرات، أو بيئة عمل أفضل.

Committees or task forces
اللجان أو قوات المهام: هي عبارة عن مجموعات مسؤولة عن مسائل محددة تخص خدمات محددة.

Communication
التواصل: عملية معقدة وديناميكية يقوم من خلالها الأطراف بخلق معنى تفاعلي يتشاركونه فيما بينهم.

Compassion fatigue
الإرهاق التعاطفي: هو صدمه ثانوية قد يعاني منها مقدمو خدمات الرعاية.

Competing
التنافس: هو توجيه الجهود لتحقيق الفوز فقط، بغض النظر عن التكلفة.

Competing groups
فرق متنافسة: هي المجموعات التي يتنافس أعضاؤها على الموارد، أو التقدير.

Competitive conflict
الصراع التنافسي: هو نوع من أنواع الصراعات التي تحل من خلال التنافس، ويفوز به أحد الأطراف، ويخسره الآخر.

Compromise
التسوية: هي تقنية لإدارة الصراع، ويتم من خلالها تقسيم المكافآت بين الأطراف.

Conflict
الصراع: هو نتيجة لاختلافات واقعية، أو تصورية، في الأهداف، والقيم، والأفكار، والسلوكيات، والمعتقدات، والمشاعر، والأفعال.

Confrontation
المواجهة: أحد أكثر الأساليب فعالية في حل الصراعات، حيث يتم إظهار نقاط الخلاف، ويتم حلها من خلال المنطق والمعرفة.

Conjunctive task	المهام المتصلة: هي المهام التي يكون نجاح المجموعة بها مربوطاً بنجاح كل الأفراد.
Connection power	سلطة التواصل: وهي سلطة تعتمد على الصلات الرسمية، وغير الرسمية بين الفرد وأحد الأشخاص المشهورين والمؤثرين داخل أو خارج المؤسسة.
Consensus	توافق: هو إستراتيجية لحل الصراع يتم الوصول إليها من خلال اقتراح حل يرضي جميع احتياجات الأفراد.
Content theories	هي نظريات تحفيزية تعزز من احتياجات الفرد، أو تقدم مكافآت للأفراد تلبي احتياجاتهم.
Continuous quality improvement (CQI)	تحسين الجودة المستمر: هو عملية تستخدم لتحسين الجودة والأداء.
Controlling	السيطرة: هي عملية المقارنة بين النتائج الفعلية، والنتائج المستهدفة.
Cost center	مركز النفقات: هو أصغر نشاط يحدث داخل المؤسسة يؤدي إلى تراكم النفقات.
Creativity	الإبداع: هو القدرة على إنشاء وتنفيذ حلول جديدة وأفضل.
Critical incidents	الحوادث الحرجة: هي تقارير عن سلوكيات الموظفين نتيجة قيامهم بأفعال استثنائية، إيجابية كانت أو سلبية.
Critical pathways	المسارات الحرجة: هي الأدوات والإرشادات التي تحدد طريقة الرعاية من خلال تحديد النتائج المستهدفة.
Critical thinking	التفكير النقدي: هو عملية التحقق من الافتراضات، وتفسير وتقييم الحجج، وتخيل واكتشاف البدائل، وتطوير انتقاد بهدف الوصول إلى نتائج منطقية.
Dashboards	لوحات القياس: هي عبارة عن أدوات الكترونية تقدم معلومات وقتية ومرجعية.

Decision making	اتخاذ القرارات: عملية موازنة البدائل المناسبة واختيار أفضلها
Delegation	التفويض: هو عملية نقل السلطات والمسؤوليات إلى أفراد آخرين.
Demand management	إدارة الطلب: هو نظام يستخدم أفضل الممارسات للتنبؤ بعدد الممرضين للقيام بالعمل لعدة أيام مقبلة .
Democratic leadership	القيادة الديمقراطية: هي نمط قيادة يفترض أن الأفراد يتحفزون من العوامل الداخلية: بحيث يستخدم القائد وسائل المشاركة وحكم الأغلبية لتنفيذ الأعمال.
Descriptive rationality model	هو عملية اتخاذ القرارات .
Diagonal communication	هو التواصل بين الأفراد العاملين في مستويات إدارية مختلفة.
Direct costs	التكاليف المباشرة: هي نفقات تؤثر مباشرة على رعاية المرضى.
Directing	التوجيه: هو عملية تنفيذ أعمال المؤسسة.
Discipline	المعاقبة: هي رد فعل على مخالفة القواعد.
Disjunctive task	المهام المنفصلة: هي المهام التي يتحدد من خلالها نجاح الأفراد إذا نجح أحد أعضائها.
Disruptive conflict	أحد أنواع الصراعات التي لا يهدف فيها الأفراد للفوز، ولا توجد قواعد متفق عليها بينهم، وتحاول فيها الأطراف هزيمة أو تدمير الخصوم.
Diversification	التنويع: توسع المؤسسة في تقديم أكثر من خدمة.
Divisible task	مهام قابلة للتقسيم: هي مهام يمكن تقسيمها إلى مهام فرعية، ويحدث ذلك عند تقسيم طاقم العمل.
Downward communication	التواصل ذو الاتجاه النازل: هو التواصل (الذي يأخذ غالباً شكل توجيهات) وتكون من الرئيس إلى طاقم العمل.
DMAIC	أسلوب يطور من عملية السيجما الست.
Driving forces	القوى الدافعة: هي سلوكيات تسهل من تنفيذ التغييرات، وذلك من خلال إرشاد الأفراد إلى الاتجاه المرغوب فيه.

Efficiency variance	تباين الكفاءة: هو الفرق بين ساعات الرعاية التمريضية المخطط لها، والساعات الفعلية.
Electronic health records (EHRs)	سجلات الصحة الإلكترونية: هي سجلات تشمل معلومات من كل المصادر الطبية، ويمكن الوصول إليها من أكثر من موقع.
Emergency operations plan (EOP)	خطط عمليات الطوارئ: وتشمل الاستعداد، والتعليم، والتدريب، وتنفيذ خطط المؤسسة لمواجهة الحالات الطارئة والكوارث.
Emotional intelligence	الذكاء الاجتماعي أو العاطفي: هو الكفاءة الذاتية (الإدراك الذاتي والإدارة الذاتية) والكفاءة الاجتماعية (الإدراك الاجتماعي والإدارة المبنية على العلاقات).
Empirical-rational model	نموذج المنطق التجريبي: هو إستراتيجية تغيير تعتمد على أن الأفراد منطقيون، ويهدفون إلى تحقيق مصالح ذاتيه بفرض أن هذه المصالح معروفة.
Engagement	الارتباط أو الاندماج: يحدث عندما يرتبط الموظفون بالمؤسسة، ويكونون مستعدين لبذل جهودهم فيها، وإصلاحها، ويخططون للبقاء فيها.
Equity theory	نظرية العدالة والمساواة : هي نظرية تحفيزية تقترح أن الأداء والرضا الوظيفي مرتبطان بدرجة تحقيق المساواة والعدالة بين الموظفين.
Evidence-based practice	الممارسات المبنية على الأدلة: تنفيذ أفضل الأدلة العلمية على حالة، وتشخيص، ووضع المريض الاستثنائي، وذلك بغرض اتخاذ القرارات الإكلينيكية.
Expectancy theory	نظرية التوقع: هي نظرية تحفيزية تعزز من دور المكافآت، وعلاقتها بأداء السلوكيات المرغوب فيها.
Expense budget	ميزانية التكاليف: هي ميزانية تدرج البنود المتعلقة، وغير المتعلقة بالمرتبات، وتعكس أهداف رعاية المرضى، ووحدات التمريض.

Experimentation
التجريب: هو نوع من أنواع حل المشكلات، ويتم من خلاله اختبار النظرية وتعزيز الفهم والتوقع.

Expert power
سلطة امتلاك الخبرة: هي السلطة المبنية على المهارات والكفاءات والمعارف الفريدة للمديرين.

Expert systems
هي برامج حاسوبية تقوم بتحليل البيانات المعقدة وتتخذ القرارات.

Extinction
الاندثار: هو تقنية لإزالة السلوكيات السلبية، ويتم من خلالها تعزيز السلوك الإيجابي ليحل مكان السلوك غير المرغوب فيه.

Family and Medical Leave Act (FMLA)
قانون الإجازة العائلية والمرضية: قانون فيدرالي يمنح للموظفين حق تقديم إجازة في حالات المرض الشديد، أو المشكلات العائلية، ويحافظ على حق الموظفين في العودة إلى نفس المنصب الذي كانوا يعملون به قبل الإجازة، وإلى نفس القدر من التأمين.

Felt conflict
الصراع الشعوري: هو المشاعر السلبية بين حزبين أو أكثر.

First-level manager
مدير المستوى الأول: هو المدير الذي يتحمل مسؤولية الإشراف على الموظفين غير الإداريين ويقوم بأعمال يومية في وحدات محددة.

Fiscal year
السنة المالية: هي الاثنا عشر شهرًا التي يتم من خلالها قياس الأداء المالي والعملي.

Fixed budget
الميزانية الثابتة: هي الميزانية التي تكون بنودها ثابتة، بغض النظر عن التغييرات التي تحدث خلال العام.

Fixed costs
التكاليف الثابتة: هي التكاليف التي تظل ثابتة خلال الفترة المالية، بغض النظر عن مستوى النشاط بالمؤسسة.

Fogging
التضبيب أو التغشية: هي إحدى تقنيات التواصل التي من خلالها يوافق الفرد على جزء من الكلام الذي قيل.

Followership
التبعية: هي علاقة تفاعلية ومكملة للقيادة.

Forcing	الإجبار: إحدى تقنيات الإدارة، والتي تجبر الأطراف على الحل الفوري للنزاع، ولكنها تترك المشكلة الرئيسة دون حل.
Formal committees	اللجان الرسمية: هي لجان لها سلطة ودور محدد.
Formal groups	المجموعات الرسمية: مجموعة من الأفراد تم اختيارهم من قبل المؤسسة من أجل تنفيذ مهام محددة .
Formal leadership	القيادة الرسمية: هي القيادة التي يمارسها الأفراد الذين لديهم سلطة شرعية بسبب عملهم في منصب معين بالمؤسسة.
Forming	التكوين: المرحلة المبدئية لعمل المجموعة، وهي أن يتم تمثيل الأفراد في مجموعة معرفة جيدًا.
Full-time equivalent (FTE)	معامل الدوام الكلي: هو نسبة الوقت الذي يعمله الموظف بدوام كامل، ويكون ٤٠ ساعة عمل بالأسبوع.
Goal setting	وضع الأهداف: هو الربط بين السلوك الحالي والأنشطة والعمليات مع أهداف المؤسسة أو الفرد طويلة الأجل.
Goals	الأهداف: هي بيان محدد للنتائج التي يجب تحقيقها.
Goal-setting theory	نظرية وضع الأهداف: هي نظرية تحفيزية تقترح بأن الهدف يعمل كقوة محفزة للأفراد.
Grievances	التظلمات: هي تعبير رسمي عن الشكاوى، ويتم تصنيفها بشكل عام على أنها ناتجة من سوء الفهم، أو مخالفة عقود العمل، أو اتفاقية عمالة.
Group	المجموعة: مجموعة من الأفراد الذين يتفاعلون ويؤثرون بعضهم على البعض.
Group evaluation	التقييم الجماعي: عملية تقييم يقوم من خلالها المديرون بمقارنة أداء الأفراد والمجموعة وفقًا لمعايير معينة.

Groupthink
التفكير الجماعي: ظاهرة سلبية تنشأ في المجموعات المترابطة بشدة، والمنعزلة عن بقية المجموعات، ويفكر أفراد المجموعة من خلالها بنفس الطريقة والنمط، وهو ما يتعارض مع مبادئ التفكير النقدي.

Halo error
خطأ الهالة المحيطة: هو الفشل في التفريق بين أبعاد الأداء المختلفة في أثناء التقييم.

Hawthorne effect
أثرهاوثرون: هو رغبة الأفراد في تحقيق الأداء المستهدف بسبب الاهتمام بهم.

Hidden agendas
الأجندات الخفية: هي الأهداف الفردية وغير الواضحة لأحد أعضاء المجموعة. وتتعارض هذه الأهداف مع التزام أو فعل معين.

Horizontal integration
التكامل الأفقي: هو الاتفاق بين المؤسسات التي تقدم نفس الخدمات.

Horizontal promotion
الترقية الأفقية: هي برنامج لمكافأة الموظف المتميز دون ترقيته إلى منصب إداري.

Incident reports
تقارير الوقائع أو الحوادث: هي تقارير دقيقة ومتكاملة عن حوادث غير مخطط لها، وغير متوقعة، تؤثر على المريض أو عائلته أو طاقم العمل.

Incremental (line-by-line) budget
الميزانية المضافة: هي ميزانية تذكر كل تفصيل بين النفقات في بنود محددة، وغالباً ما تنقسم إلى نفقات متعلقة بالمرتبات، ونفقات غير متعلقة بالمرتبات.

Indicator
المؤشر: أداة تستخدم لقياس أداء العمليات، ومعايير النتائج .

Indirect costs
النفقات غير المباشرة: هي ميزانيات ضرورية لا تؤثر على رعاية المرضى بشكل مباشر.

Informal committees
اللجان غير الرسمية: هي لجان لا تحصل على سلطة، ولكن يتم تنظيمها لإجراء المناقشات.

Informal Groups	المجموعات غير الرسمية: هي المجموعات التي تنتج عن التفاعلات الاجتماعية، ولا يعترف بها الهيكل التنظيمي للمؤسسة.
Informal leadership	القيادة غير الرسمية: القيادة التي يمارسها الشخص دون أن يحصل على دور إداري.
Information power	سلطة الحصول على معلومات: هي السلطة الناتجة عن قدرة الفرد على الحصول على البيانات.
Innovation	الابتكار: هو إستراتيجية للربط بين الوضع الحالي، والوضع المرغوب في الوصول إليه.
Innovative decisions	القرارات المبتكرة: هي نوع من أنواع القرارات التي يتم اتخاذها في حالة إذا ما كانت المشكلة غير اعتيادية، أو غير واضحة وتحتاج إلى حلول مبتكرة لحلها.
Integrated health care networks	شبكات الرعاية الصحية المتكاملة: هي كيانات رعاية صحية تقدم رعاية مستمرة وتغطية تأمينية لمجموعة محددة من الأفراد في مقابل مدفوعات ثابتة يقدمها أعضاء المجموعة.
Integrative decision making	اتخاذ القرار التكاملي: هو إستراتيجية لحل الصراعات، بحيث تركز على وسائل حل المشكلات، بدلاً من إنهاء الصراع دون حل المشكلات.
Interrater reliability	مصداقية التصنيفات البينية: هي الاتفاق في مقابلتين تم خلالهما تطبيق نفس المعايير من قبل ممتحنين مختلفين.
Interruption log	سجل المقاطعات: وهو سجل يضم المعلومات المتعلقة بالمقاطعات وتحليل ذلك منها، وذلك بغرض التعرف على وسائل للحد من مقاطعات الوقت.
Intersender conflict	الصراع البيني: هو عبارة عن الصعوبة في تفسير الرسالة المقصودة بسبب استلام رسالتين متعارضتين من مصادر مختلفة (تتعارض الرسالة الشفهية مع غير الشفهية ويصبح من الصعب تفسير معنى ومضمون الرسالة الأصلي).

دليل المقابلة الشخصية: هو ملف مكتوب توضح به الأسئلة التي ستطرح في المقابلة الشخصية، وإرشادات للممتحن، ومعلومات أخرى، وذلك بغرض اتباع نفس الأسئلة وعملية التقييم في كل مرة يتم فيها إجراء المقابلة الشخصية، بحيث يحصل الممتحنون على نفس المعلومات الرئيسة من المرشحين للوظيفة. — Interview guide

الغياب غير الطوعي: هو الغياب لأسباب خارج قدرة الموظف للسيطرة عليها. — Involuntary absenteeism

التدوير الوظيفي غير الطوعي: عندما يتم إنهاء خدمة الموظف من قبل قرار من المؤسسة. — Involuntary turnover

التوسع في نطاق الوظيفة: هو الهيكل التنظيمي المتسع الذي يجمع بين أكثر من منصب، وهو ما يجعل المدير الواحد يشرف على أكثر من موظف. — Job enlargement

الثقافة العادلة: هي البيئة التي لا يخشى فيها الموظفون من الإبلاغ عن الأخطاء التي يرتكبونها. — Just culture

اتصال جانبي: هو التواصل الذي يحدث بين الأفراد الذين يعملون في نفس المستوى الإداري. — Lateral communication

العنف الجانبي أو الأفقي: هو عبارة عن المضايقات التي تحدث بين موظفين من نفس الدرجة الوظيفية. — Lateral violence

القائد: هو شخص يستخدم مهاراته الشخصية للتأثير على الآخرين بغرض تحقيق أهداف محددة. — Leader

السيجما الست المرنة: هو برنامج لتحسين الجودة ويهدف إلى تحسين سير العمليات، ووقف إهدار الموارد. — Lean Six Sigma

المجموعات القاذفة: هو اتحاد بين أصحاب المؤسسات بالقطاع العام والخاص يهدف إلى تعريف المستهلكين بمؤشرات الجودة الخاصة بنظام الرعاية الصحية، بغرض مكافأة المؤسسات التي تفصح عن مقاييس الجودة التي تستخدمها. — Leapfrog Group

Legitimate power	السلطة الشرعية: هي حق المدير في إصدار الأوامر بسبب السلطة الممنوحة إليه من قبل منصبة الإداري.
Leniency error	خطأ التساهل: عندما يقوم المدير برفع تقييم أداء طاقم العمل بدون حق.
Line authority	السلطة الخطية: هي المستوى الإداري الذي يعمل به المشرفون، ويكون لديهم فيه نفس المسؤوليات والسلطات.
Logic model	النموذج المنطقي: هو شبكة ممارسة مبنية على الأبحاث، وهي تقدم إطاراً تخطيطياً وتقييمياً لمهام الرعاية الأولية.
Lose-lose strategy	إستراتيجية الجميع خاسرون: هي إحدى إستراتيجيات الصراع، والتي يخسر فيها جميع الأطراف لأن التسوية بينهما لا ترضيهما.
Magnet® recognition program	برنامج الاعتراف الجاذب: هو تقدير للمؤسسات التي تقدم خدمات رعاية تمريضية متميزة.
Manager	هو شخص توظفه المؤسسة ويعد مسؤولاً عن تحقيق الأهداف بفاعلية.
Marginal employees	الموظفون دون المستوى: هم الموظفون الذين لم يصلوا لمستوى الأداء المستهدف من قبل المؤسسة.
Medical home	المنزل الطبي: هو نموذج منصب على راحة المرضى، حيث يتم تقديم جميع الخدمات الطبية بواسطة مجموعة من العاملين بمجال الرعاية الصحية.
Mediation	التوسط: يقوم به طرف ثالث من أجل حل النزاع بين طرفين آخرين.
Mentor	المرشد: هو شخص ذو خبرات متعددة يقوم بإرشاد ودعم الشخص الأقل خبرة.
Metacommunications	عملية التواصل المتحولة: هي الرسائل غير الشفهية كلغة الجسد والوسائل البيئية.

المهمة: هي بيان عام يوضح الهدف من تواجد المؤسسة. Mission

الحافز: هو العوامل التي توجه وتظهر سلوكيات معينة. Motivation

التأكيد السلبي: هو تقنية تواصل يتقبل فيها الشخص اللوم على ما قيل. Negative assertion

التحقق السلبي: هو تقنية تواصل تستخدم لتوضيح الاعتراضات والمشاعر المختلفة (كأن يوضح الشخص أنه لا يفهم ما يقال). Negative inquiry

التهاون في التوظيف: هو فشل المؤسسة في التأكد من الخلفية الوظيفية للمرشحين والموظفين. Negligent hiring

التفاوض: هو تقنية لإدارة الصراع ،حيث يتقبل الأطراف بعض نقاط الاتفاق، ويقدمون البعض الآخر. Negotiation

التباين في الإنفاق على النقاط غير المتعلقة بالمرتبات: هو التباين الظاهر في الميزانية نتيجة التغيير في عدد المرضى، وكميات المعدات، والأسعار المدفوعة للحصول على المعدات. Nonsalary expenditure variances

إستراتيجية التثقيف الموجه: هي إستراتيجية يستخدمها وكيل التغيير، وهي تعتمد على فرضية أن الأفراد يتصرفون وفقًا للقيم والمبادئ المجتمعية. Normative-reeducative strategy

التنميط: وهو المرحلة الثالثة لعملية تكوين المجموعات، حيث يتفق فيها أعضاء المجموعة على تعريف الأهداف وقواعد السلوك. Norming

المبادئ: هي قواعد السلوك غير الرسمية ويقوم أعضاء المجموعة بمشاركتها وتعزيزها . Norms

ساعات الرعاية التمريضية: عدد الساعات التي تقدم من خلالها خدمات الرعاية التمريضية. Nursing care hours (NCHs(

الاحتمال الموضوعي: هو احتمال وقوع أو عدم وقوع أحداث معينة بناء على الحقائق والمعلومات الصادقة. Objective probability

Objectives	الأهداف: هي بيان نتائج أعمال وحدات المؤسسة.
On-the-job instruction	التوجيه في أثناء أداء العمل: هو أسلوب تعليمي يعتمد على الملاحظة والممارسة في أثناء أداء العمل، وهو ما يكسب الموظفين مهارات جديدة.
Operant conditioning	الإشراط الاستثابي: وهو عملية ربط سلوك ما بنتيجة ما.
Operating budget	الميزانية التشغيلية: هي بيان لإيرادات ونفقات المؤسسة المتوقعة للعام القادم.
Ordinary interacting groups	مجموعات تفاعلية تقليدية: وهي المجموعات الشائعة التواجد في المؤسسات، حيث يكون لديها قائد رسمي وتعمل وفق هيكل غير رسمي، بهدف حل مشكلة، أو اتخاذ قرار ما.
Organization	المؤسسة: هي مجموعة من الأفراد يعملون معًا تحت هيكل محدد بغرض الوصول إلى نتائج محددة مسبقًا.
Organizational culture	الثقافة التنظيمية: هي الافتراضات، والقيم الأساسية التي يحددها أعضاء المؤسسة.
Organizational environment	البيئة التنظيمية: هي الظروف المحيطة التي تُنشئ مناخ عمل إيجابياً أو سلبياً.
Organizing	التنظيم: هو عملية تنسيق العمل بداخل المؤسسة.
Orientation	التهيئة: هي عملية إعداد الموظفين الجدد للعمل بالمؤسسة، وإمدادهم بالمعلومات التي تساعدهم على أداء عملهم.
Outcome standards	معايير النتائج: هي المعايير التي تعكس نتائج تقديم خدمات الرعاية المطلوب الوصول إليها.
Overdelegation	التفويض المغالى فيه: نوع من أنواع التفويض غير الفعال، ويحدث عندما يفقد المفوض السيطرة على الوضع بسبب تفويضه لسلطات و مسؤوليات كثيرة للمفوض إليه.

Patient classification systems (PCSs(

أنظمة تصنيف المريض: هي الأنظمة التي تهدف إلى تحديد متطلبات التوظيف.

Patient-centered care

الرعاية الموجهة للمرضى: هي نظام من أنظمة تقديم خدمات رعاية تمريضية، وتعتمد على جهود منسقي رعاية المرضى والمساعدين والتقنيين والإداريين ومديري التمريض.

Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)

قانون حماية المريض وتقديم الرعاية بأسعار معقولة: هو مقترح إصلاح قانون الرعاية، وتم تحويله إلى قانون في عام ٢٠١٠، ويهدف إلى توسيع مقدرات الأمريكيين للحصول على خدمات الرعاية الصحية. وينتظر هذا القانون التفعيل من المحكمة.

Peer review

مراجعة النظراء: هي عملية قيام الموظفين بتقييم أداء زملائهم وفقًا لمعايير أداء محددة مسبقًا.

Perceived conflict

صراع تصوري: هو تصور الفرد لموقف الآخرين الداخلين في صراع ما.

Performance appraisal

تقييم الأداء: هو عملية التفاعل، وكتابة التقارير، والقيام بمقابلة التقييم والمتابعة التي يقوم بها المديرون بغرض اتخاذ القرار وتوجيه الموظفين.

Performing

الأداء: هو المرحلة الرابعة لتكوين المجموعات، ويقوم خلالها أعضاء المجموعة بالموافقة على الأهداف والأنشطة الرئيسة، ثم يقومون بتنفيذ الأعمال.

Personal power

السلطة الذاتية أو الشخصية: هي السلطة التي تعتمد على مصداقية وسمعة وخبرة الشخص، وقدرته على الوصول لمعلومات، والسيطرة على المصادر، وبناء العلاقات.

Personnel decision

قرار التوظيف: هو القرار الذي سيؤثر على شروط وظروف و مزايا التوظيف.

Philosophy	فلسفة المؤسسة: هي قيم ورؤية المؤسسة.
Planning	التخطيط: هو عملية مكونة من أربع مراحل. ويهدف إلى تصميم أهداف، وتقييم الوضع الحالي، والتنبؤ بالاتجاهات المستقبلية، وتصميم بيان خطة، وتحويل الخطة إلى أفعال.
Policy	السياسات: هي القرارات التي تحكم أعمال المؤسسة، وتحدد أنشطة وأهداف المؤسسة.
Political decision-making model	نموذج اتخاذ القرار السياسي: هو عملية اتخاذ القرار، والتي من خلالها تؤثر أهداف واهتمامات الأطراف القوية على طريقة حل المشكلات وتحديد الأهداف.
Politics	السياسة: هي الوسيلة التي تؤثر على توزيع الموارد النادرة والأهداف والقرارات.
Pooled interdependence	الاعتماد الجماعي المتبادل: هو نوع من أنواع الاعتماد المتبادل بين الأفراد، حيث يساهم جميع أعضاء المجموعة في أداء الأعمال، ولكن لا تعتمد مساهمة أحد الأفراد على أي أحد آخر.
Pools	الجمعيات الطليقة: هي المجموعات الداخلية أو الخارجية من العاملين الذين يتم استخدامهم للإحلال محل طاقم العمل المتغيب.
Position control	السيطرة على الوظائف: هي أداة مراقبة تستخدم لمراقبة أعداد الموظفين الفعلية بالنسبة لأعداد الموظفين الذين يقومون بدوام كامل.
Position description	الوصف الوظيفي: هو وصف للمهارات والقدرات والمعارف التي يجب أن يحوزها الموظف لأداء الوظيفة.
Position power	سلطة المنصب: هي السلطة التي تتحدد بالوصف الوظيفي، والمسؤوليات، والسلطات التي يحوزها الفرد، وقدرته على السيطرة على الميزانية واتخاذ القرارات.

Power	السلطة: هي القدرة على التأثير بغرض تحقيق الأهداف.
Power-coercive strategies	إستراتيجية القوى القهرية: وهي إستراتيجية يستخدمها وكيل التغيير، وتعتمد على استخدام القوة من خلال السلطة الشرعية، والعقوبات الاقتصادية والنفوذ السياسي، حيث يحدث التغيير من خلال قانون أو سياسة أو قوى مالية.
Power plays	التلاعب بالسلطة: هو محاولة الإفراج للتدمير والقضاء على أي منافسة مستقبلية
Practice partnership	المشاركة في الممارسة: هي نظام تقديم خدمات الرعاية التمريضية، ومن خلاله يتشارك الموظفون القدماء والحديثون في مسؤوليات تقديم الرعاية للمرضى.
Preceptor	المعلم: هو الشخص ذو الخبرات الذي يساعد الموظفين الجدد في الحصول على المعلومات والمهارات المطلوبة للعمل بكفاءة في بيئة العمل الجديدة.
Presenteeism	الحضور الشكلي: عندما يضطر الموظفون المرضى جسديًا أو نفسيًا إلى الحضور للعمل.
Probability	الاحتمال: هو احتمال وقوع، أو عدم وقوع حدث ما.
Probability analysis	تحليل الاحتمالات: هو حساب المخاطر المتوقعة، والغرض منه التحديد الدقيق لاحتمال وقوع كل بديل.
Problem solving	حل المشكلات: هو العملية التي من خلالها يتم تعريف وتصحيح المعضلات.
Process standards	معايير العمليات: هي المعايير المرتبطة بالتقديم الفعلي لخدمات الرعاية.
Process theories	نظريات العملية: هي نظريات تحفيزية لتقييم مدى نجاح عملية التحفيز في توجيه جهود الأفراد.

Productivity	الإنتاجية: هي مدى نجاح فرق ومجموعات العمل في استخدام الموارد المتاحة للوصول لأهداف المؤسسة وإنتاج الخدمات.
Profit	الربح: هو الفرق بين الإيرادات والنفقات.
Progressive discipline	العقاب التصاعدي: هو عملية تصعيد التحذيرات، وعواقب تكرار المخالفة، والذي قد يؤدي في النهاية إلى إنهاء خدمة الموظف.
Punishment	العقاب: هو عملية منع السلوك غير المرغوب فيه من خلال استخدام محفز سلبي.
Punishment (coercive) power	السلطة القهرية أو العقابية: هي السلطة التي تبنى على الجزاءات التي يفرضها المدير على الأشخاص أو المجموعات التي لا تمتثل للسلطة.
Quality initiatives	مبادرات تحسين الجودة: هي مبادرات هدفها تقليل الأخطاء الطبية.
Quality management	إدارة الجودة: هي نهج تم تصميمه لحل المشكلات بكفاءة وسرعة.
Quantum leadership	القيادة الكمية: هي نوع من أنواع القيادة المبنية على مبادئ نظرية الفوضى.
Rate variances	تباين المعدلات: هو الفرق بين معدل الساعات المدفوعة فعليًا والمخطط لها.
Rational decision-making model	نموذج اتخاذ القرار المنطقي: هو عملية اتخاذ القرارات المبنية على خيارات منطقية ورشيدة بغرض تعظيم تحقيق الأهداف.
Real (command) groups	المجموعات الحقيقية: هي المجموعات التي تنفذ المهام في المؤسسة، وتعترف المؤسسة بها،، وتمنحها سلطة تنظيمية.
Reality shock	صدمة الواقع: هي المفاجأة والقلق وعدم التوازن الناتج عن تغيير الثقافة المعتادة بثقافة جديدة بها قيم ومكافآت وجزاءات مختلفة (مثل التحول من الدراسة بالكلية إلى العمل في مؤسسة).
Recency error	خطأ الحداثة: هو تقييم الأداء بناء على الأحداث الواقعة حديثًا، بدلاً من الاعتماد على الأحداث الواقعة خلال فترة التقييم الكلية.

Reciprocal interdependence
الاعتماد المتبادل عكسيًا: وهو نوع من أنواع الاعتماد المتبادل، حيث يقوم كل عضو بتنسيق أعماله مع كل عضو آخر بالمجموعة.

Redesign
إعادة التصميم: هي تقنية اختبار المهام الخاصة بكل وظيفة بهدف ربط جميع المهام المتشابهة لتحسين الكفاءة.

Referent power
سلطة الصلات: هي سلطة مبنية على احترام وتقدير الشخص صاحب السلطة.

Re-forming
إعادة التشكيل: هي مرحلة من مراحل تكوين الفرق، والتي من خلالها يتم إعادة تجميع المجموعة بعد حدوث تغييرات كبيرة على بيئة عمل أو أهداف المجموعة .

Reinforcement theory (behavior modification(
نظرية التعزيز أو التعديل السلوكي: هي نظرية تحفيزية تعتبر الحافز أمراً يمكن تعلمه، وذلك من خلال استخدام الإشراط الاستثابي.

Reportable incident
الحادث المبلغ: هو حادث غير مخطط له وغير متوقع الحدوث، يؤثر أو قد يؤثر على المريض أو ذويه أو أحد أفراد طاقم العمل.

Resistance
المقاومة: هي سلوك قد يكون إيجابياً أو سلبياً، وقد يعنى به مقاومة التغيير أو العصيان.

Resolution
حل الصراع: هو إحدى مراحل الصراع التي تحدث عندما يتم الوصول لحلول متوافق عليها، وتلتزم الأحزاب بتنفيذ هذه الحلول المتفق عليها.

Responsibility
المسؤولية: التزام بتنفيذ مهمة ما.

Restraining forces
القوى المعوقة: هي السلوكيات التي تثبط من عزيمة الأفراد للقيام بتغييرات معينة

Retail medicine
الطب المجزأ: هي عيادات تقدم خدمات رعاية تلائم الإصابات أو الأمراض الطفيفة بدون شرط اتخاذ مواعيد مسبقة.

Résumé
السيرة الذاتية: هي سجل بالإنجازات التعليمية والمهنية للشخص.

Revenue budget
ميزانية الإيرادات: هي توقع للدخل المرغوب في تحقيقه خلال السنة المالية بناء على عدد المرضى، ومعدلات الخصم الممنوحة لهم.

Reverse delegation
التفويض العكسي: هو تفويض غير فعال يحدث عندما يقوم شخص ذو مستوى إداري منخفض بتفويض شخص آخر أعلى منه سلطة.

Reward power
سلطة الإثابة: هي السلطة المبنية على المحفزات التي يقدمها المدير للموظفين في مقابل تنفيذهم لأهدافه.

Risk management
إدارة المخاطر: هي برنامج يهدف إلى تعريف وتقييم وتصحيح المخاطر المتوقعة الحدوث.

Robotics
الأجهزة الآلية : هي استخدام الإنسان كإحدى أدوات الرعاية، واستخدام تكنولوجيا تقديم الرعاية من بعد.

Role
الدور: هو مجموعة من التوقعات عن سلوكيات محددة مرتبطة بمنصب وظيفي معين.

Role ambiguity
غموض الدور: هو الإنهاك الناتج عن عدم وضوح معايير الأداء المستهدفة.

Role conflict
تضارب الأدوار: هو عدم تكامل تصورات الفرد عن الأدوار ومتطلبات الأدوار الفعلية.

Role redefinition
إعادة تعريف الأدوار: هو توضيح الأدوار، ومحاولة ربط بعضها ببعض.

Root cause analysis
تحليل السبب الجذري: هو أسلوب لاسترجاع لحظات وقوع الحدث بغرض تحليل كل فعل أدى إلى حدوث الخطأ أو الحدث.

Routine decisions
القرارات الروتينية: هو نوع من أنواع القرارات التي يتم اتخاذها عندما تكون المشكلات معروفة وشائعة الحدوث. وتوجد قواعد وسياسات وإجراءات محددة مسبقًا لحلها.

Salary (personnel) budget
ميزانية المرتبات: هي ميزانية تحدد تكلفة المرتبات التي ستدفع لمركز التكلفة خلال السنة المالية.

Salary compression
ضغط المرتب: هو أثر ناتج عن دفع مرتبات أولية عالية للممرضين الجدد أصحاب خبرة عمل لا تتجاوز سنوات محدودة في مقابل كون مرتبات الممرضين المتمرسين أقل منها .

Satisficing
التضحية: هي إستراتيجية اتخاذ قرار، والتي يقوم من خلالها الفرد باختيار البديل غير الأمثل، الذي يتساوى مع أقل معايير القبول.

Self-scheduling
الجدولة الذاتية: هي نموذج للجدولة، حيث يقوم المديرون والموظفون بإدارة احتياجات الوظيفة، وبناء الجداول الخاصة بهم.

Sequential interdependence
الاعتماد المتبادل التسلسلي: هو نوع من أنواع الاعتماد المتبادل، حيث يجب على الأفراد تنسيق أعمالهم مع الآخرين وفقاً لترتيب معين.

Servant leadership
القيادة الخادمة: هي أن القيادة تنشأ من رغبة في خدمة الآخرين، بمعنى أن القائد يظهر عندما تأخذ احتياجات الأفراد الأولوية.

Service-line structures
هيكل خطوط الخدمات: هو الهياكل التنظيمية التي تنظم الخدمات الإكلينيكية المقدمة للمرضى وفق لشروط محددة.

Shaping
التشكيل: هو عبارة عن اختيار سلوكيات معينة تقترب إلى حد كبير من السلوكيات المرغوب فيها من أجل تعزيزها.

Shared governance
الحكم بالمشاركة: هو توجه تنظيمي مبني على قيم المصداقية والاعتماد المتبادل بشكل يسمح للممرضين باتخاذ القرارات في ظل بيئة لامركزية.

Shared leadership
القيادة بالمشاركة: هي عبارة عن هيكل تنظيمي يتشارك من خلاله الأفراد مسؤولية تحقيق أهداف المؤسسة.

Shared visioning
الرؤية المشتركة: هي عملية تفاعلية يلتزم من خلالها المديرون والتابعون بأهداف المؤسسة.

Six Sigma	السيجما الست: هي برنامج إدارة جودة تستخدم الأهداف والمقاييس لمراقبة الأداء والتقدم.
Smoothing	التهدئة: تحدث إذا قام أحد الأطراف بالإشادة بالآخر، أو تقليل أهمية الخلافات، والتركيز على نقاط الاتفاق الصغيرة، حتى وإن ظل هناك نوع من أنواع الاختلاف.
Social media	الوسائط الاجتماعية: تجمع بين الأفراد المختلفين، وتشجع على التعاون وتبادل الصور والأفكار والآراء والتفضيلات، وذلك من خلال أدوات تفاعلية متصلة بالإنترنت.
Span of control	نطاق السلطة: هو عدد الموظفين الذين يشرف عليهم مدير واحد.
Staff authority	سلطة طاقم العمل: هي العلاقة التي من خلالها يتم توكيل مسؤوليات العمل الفعلية للآخرين.
Staffing	التوظيف: هو عملية موازنة أعداد طاقم العمل المتاح مع أعداد وتركيب طاقم العمل الذي تحتاجه المؤسسة.
Staffing mix	تركيبة طاقم العمل: هو نوع طاقم العمل المطلوب لأداء العمل بالمؤسسة.
Stakeholders	المستفيدون: هم الأفراد أو المجموعات الذين لديهم اهتمام مباشر بأعمال المؤسسة.
Standards	المعايير: هي بيان يوضح مستوى الأداء، أو الشروط التي تقبلها السلطة.
Status	الحالة: هي الرتبة الاجتماعية للفرد بالنسبة للآخرين، والتي تحدد بناء على المنصب الذي يشغله.
Status incongruence	عدم توافق الحالة: هو الأثر الهدام الذي يحدث عندما لا تتوافق حالة أعضاء المجموعة.
Storming	الصراع: هي المرحلة الثانية من بناء المجموعات، التي تظهر بها المنافسات والصراعات.

Strategic planning
التخطيط الإستراتيجي: هو عملية مستمرة من التقييم والتخطيط بغرض الاسترشاد بالمستقبل.

Strategies
الإستراتيجيات: هي الأفعال التي من خلالها تتحقق الأهداف.

Stress
ضغط العمل: عبارة عن رد فعل غير محدد يعاني منه الأفراد بسبب تواجدهم في بيئة مهددة.

Strike
الإضراب: هو التوقف المنظم عن العمل، والذي يتفق عليه الموظفون المشتركون في اتحادات وظيفية.

Structure standards
معايير هيكلية: هي المعايير التي ترتبط بالبيئة والمؤسسة والإدارة

Subjective probability
الاحتمال الموضوعي: هو احتمال وقوع أو عدم وقوع حدث ما بناء على معتقدات المدير وحكمه الشخصي.

Suppression
القمع: هو مرحلة من مراحل الصراع، وتحدث عندما يهزم الشخص أو المجموعة الشخص أو المجموعة الأخرى .

Synergy model of care
نموذج الرعاية التآزرية: هو نموذج تنظيمي يربط بين احتياجات المرضى بمهارات الممرضين.

Task forces
قوات المهام: هي لجان موكلة بأهداف محددة يجب تنفيذها في وقت محدد.

Task group
مجموعة المهام: مجموعة من الأفراد يعملون معاً لتنفيذ تكليفات محددة بوقت معين.

Team building
بناء الفرق: هي تقنية لتكوين المجموعات، وهي تركز على مهمة وعلاقات الأفراد بغرض بناء فريق متماسك.

Teams
الفرق: هي مجموعات تعمل بشكل متعاون بعضها مع البعض بغرض تحقيق أهداف محددة.

Terminate
إنهاء الخدمة: هو فصل الموظفين من المؤسسة.

Throughput
الطاقة الإنتاجية: هي مقياس للأداء متعلق بأعداد المرضى الذين يدخلون ويخرجون من نظام الرعاية الصحية.

Time logs	سجلات الوقت: هي سجل بالأنشطة، ويفيد هذا السجل في تحليل كمية الوقت المهدر على أنشطة معينة.
Time waster	مهدرات الوقت: هو الشيء الذي يمنع الشخص من تأدية وظيفة أو هدف ما.
To-do list	قائمة المهام: هي قائمة من المسؤوليات التي يفترض تنفيذها خلال فترة محددة.
Total quality management (TQM	إدارة الجودة الكلية: هي فلسفة إدارية تعزز من الالتزام بالمؤسسة.
Total time lost	إجمالي وقت الغياب: هو عدد أيام العمل التي يتغيب فيها الموظف.
Transactional leadership	القيادة التبادلية: بنيت هذه النظرية على مبادئ نظريات التبادل المجتمعي، التي من خلالها تكون عملية التبادل الاجتماعية بين القادة والتابعين ضرورة اقتصادية. وتنجح القيادة عندما يتم الوصول للأهداف ويتحسن أداء العمل.
Transformational leadership	القيادة التحويلية: هي نمط قيادة يهدف إلى تعزيز التزام الموظفين برؤية المؤسسة، بدلاً من الاهتمام بأنفسهم فقط.
Transitions	الفترة الانتقالية: هي عبارة عن الفترة ما بين الوضع الحالي والوقت الذي سينفذ فيه التغيير.
Trial-and-error method	أسلوب التجربة والخطأ: هو نموذج يتم من خلاله تنفيذ حل ما، ثم تجربة حل آخر وهكذا حتى يتم حل المشكلة .
Turnover	التدوير الوظيفي: هو عدد الأفراد الذين يتركون مناصبهم.
Underdelegation	التفويض تحت المستوى: هو نوع من أنواع التفويض غير الفعال، الذي يحدث عندما لا يتم تفويض السلطة كاملة إلى المفوض إليه، أو فشل المفوض في إعداد وإرشاد المفوض إليه، وهو ما يتسبب في إعادة المسؤولية مرة أخرى إلى صاحبها.

التواصل التصاعدي: هو التواصل الذي يتجه من طاقم العمل إلى الإدارة.	Upward communication
الصلاحية: هي القدرة على التنبؤ الدقيق بالنتائج.	Validity
القيم: هي المعتقدات والسلوكيات التي يملكها الشخص عن الأفراد والأفكار والأهداف والأفعال.	Values
الميزانية المتغيرة: هي الميزانية التي يتم إنشاؤها وفق اعتقاد أنه سيجرى عليها تعديلات خلال نفس السنة المالية.	Variable budget
التكاليف المتغيرة: هي النفقات التي تعتمد وتتغير بناء على تغير عدد المرضى وسوء حالاتهم.	Variable costs
التباين: هو الفرق بين النفقات المستهدفة والنفقات الفعلية.	Variance
التكامل الرأسي: هو الاتفاق بين المؤسسات التي تقدم خدمات مختلفة .	Vertical integration
الرعاية الافتراضية: هي التكنولوجيا المستخدمة لتقييم حالة ومراقبة المرضى من أماكن بعيدة.	Virtual care
الرؤية: هي نموذج للمستقبل المحتمل الحدوث.	Vision
بيان الرؤية: هو وصف للأهداف التي تطمح المؤسسة في تحقيقها.	Vision statement
تباين العدد: هو الاختلافات في الميزانية الناتجة عن زيادة أو انخفاض عدد المرضى.	Volume variances
الغياب الطوعي: هو عبارة عن الغياب الذي يحدث لظروف يستطيع الموظف السيطرة عليها.	Voluntary absenteeism
الاستقالة الطوعية: هو أن يختار الموظف ترك العمل بالمؤسسة.	Voluntary turnover
إستراتيجية فوز أحد الأطراف مقابل خسارة الآخر: هي إستراتيجية صراع يقوم من خلالها أحد الأطراف بالسيطرة ويخضع الطرف الآخر.	Win–lose strategy

Win–win strategy	إستراتيجية المكسب للجميع: هي إستراتيجية صراع تركز على الأهداف، وتحاول مقابلة احتياجات كل الأطراف.
Withdrawal	الانسحاب: هو خروج طرف واحد على الأقل من دائرة الصراع، وهو ما يجعل حل الصراع مستحيلاً.
Work sample questions	الأسئلة المتعلقة بالعمل: هي أسئلة تحدد مدى معرفة المرشح بمهام الوظيفة وقدرته على تأديتها.
Workplace violence	العنف في مكان العمل: هو أي أعمال عنيفة مثل الإيذاء الجسدي أو التهديد الموجه إلى أحد الموظفين في أثناء تأدية عمله.
Written comments problem	مشكلة التعليقات المكتوبة: وهي متعلقة بما بعد تدوين المقيمين تعليقات على استمارات تقييم الأداء.
Zero-based budget	الميزانية ذات الأساس الصفري: هي ميزانية تفترض أن أساس الميزانية بالعام الماضي يساوي صفراً، فعلى كل المديرين أن يبرروا للأنشطة والنفقات التي يطلبون إدخالها بالميزانية المقبلة.

ثبت المصطلحات

أولاً: عربي- إنجليزي

أ

ابتكار	Innovation
الإبداع	Creativity
الإبلاغ والتعليم	Reporting and Education
اتخاذ القرار	Decision making
اتخاذ القرار	Decision making
الاتصال الجانبي	Lateral communication
الاتصال الصاعد	Upward communication
الاتصال الهابط	Downward communication
الاتصالات	Communication
الاتصالات قطري	Diagonal communication
إجبار	Forcing
إجماع	Consensus
إجمالي الوقت الضائع	Total time lost
أجندات خفية	Hidden agendas
أجهزة آلية	Robotics
إخماد	Extinction

أداء العمل	Performing
إدارة الجودة	Quality management
إدارة الجودة الشاملة	Total quality management(TQM)
إدارة الجودة المستمرة	Continuous quality Management
إدارة الصراع	Managing Conflict
إدارة الطلب	Demand management
إدارة المخاطر	Risk management
ارتباط	Engagement
الارتقاء الأفقي	Horizontal promotion
إستراتيجيات	Strategies
إستراتيجيات [فيلي]	Filley's Strategies
إستراتيجيات القوى القهرية	Power-coercive strategies
إستراتيجيات المنازعات البديلة	Alternative Dispute Strategies
إستراتيجية التثقيف المركزة	Normative–reeducative strategies
إستراتيجية الخسارة المزدوجة	Lose–lose strategy
إستراتيجية الفائز والخاسر	Win–lose strategy
إستراتيجية الفوز (المربح للجانبين)	Win–win strategy
أسعار متغيرة	Variable costs
أسئلة عينة العمل	Work sample questions
أصحاب المصلحة	Stakeholders
إعادة تشكيل	Re-forming
إعادة تصميم	Redesign
ألعاب القوى	Power plays
الإنتاجية	Throughput

إنتاجية	Productivity
انسحاب	Withdrawal
الانضباط التدريجي	Progressive discipline
الأنظمة السريية الصغيرة	Clinical microsystems
انعدام الكياسة	Lack of Civility
إنهاء الخدمة (الفصل من الوظيفة)	Terminate
الأهداف	Goals
أهداف	Objectives
الأولويات الأربع للتسويق	Four Ps of marketing
إيرادات الميزانية	Revenue budget

ب

بدوام كامل أي ما يعادل (FTE)	Full-time equivalent (FTE)
برنامج الاعتراف الجاذب	Magnet RecognitionProgram
بناء فريق	Team building
بنية المؤسسة	Environmental Controls
بيان الرؤية	Vision statement
بيروقراطية	Bureaucracy
البيئة التنظيمية	Organizational environment

ت

تأثير هاوثورن	Hawthorne effect
تأديب	Discipline
التأكيد السلبي	Negative assertion
التباين	Variance
تباين المعدلات	Rate variances

تباين كفاءة	Efficiency variance
التبعية	Followership
تجريب	Experimentation
تجنب	Avoiding
تجنب العنف	Preventing Violence
التحسين المستمر للجودة (CQI)	improvement (CQI)
التحفيز	Motivation
التحقيق السلبي	Negative inquiry
التحكم- المراقبة	Controlling
تحليل السبب الجذري	Root cause analysis
التحولات	Transitions
تخطيط	Planning
تخطيط إستراتيجي	Strategic planning
التدخل الشفهي	Verbal Intervention
تدريب	Coaching
الترابط المتبادل	Pooled interdependence
الترابط المتبادل	Reciprocal interdependence
الترابط متسلسل	Sequential interdependence
التشكيل	Forming
تصنيف السلوك الموجه	Behavior-oriented rating
التصورات المشتركة	Shared visioning
التعامل مع العنف	Dealing with Violence
تعاون	Collaboration
تعديل تشكيل السلوك	behavior modification Shaping

تعفير	Fogging
التغيب عن العمل	absenteeism
التغيير	Change
التفاعل العادي أو المألوف	Ordinary interacting
تفاوض	Negotiation
التفكك أو إعادة التشكيل.	Adjourning
التفكير الجماعي	Groupthink
التفكير النقدي	Critical thinking
التفكير النقدي	Critical thinking
التفويض	Delegation
التفويض العكسي	Reverse delegation
التفويض المبالغ فيه	Overdelegation
التفويض الناقص	Underdelegation
تقارير الحوادث	Incident reports
تقييم الأداء	Performance appraisal
تقييم المجموعة	Group evaluation
التكاليف المباشرة	Direct costs
التكاليف غير المباشرة	Indirect costs
التكامل الأفقي	Horizontal integration
التكامل الرأسي	Vertical integration
تكييف هواء فعال	Operant conditioning
تماسك	Cohesiveness
تمهيد	Smoothing
التنافس	Competing

تناقض الوضع	Status incongruence
تنظيم	Organizing
التنمر	Bullying
التنميط	Norming
تنويع	Diversification
توجيه	Directing
توجيه	Orientation
توسيع فرص العمل	Job enlargement
التوظيف	Staffing
توظيف إهمال	Negligent hiring

ث

الثقافة التنظيمية	Organizational culture
ثقافة الغياب	Absence culture
ثقافة فقط	Culture

ج

الجدول الذاتي	Self-scheduling

ح

حادث الإبلاغ عنها	Reportable incident
الحالة	Status
الحكم المشترك	Shared governance
حل	Resolution
حل أو قمع الصراع	Conflict Resolved or Suppressed
حل وسط	Compromise
حمامات	Pools

الحوادث الخطيرة	Critical incidents

خ

خط السلطة	Line authority
خطأ التساهل	Leniency error
خطأ الهالة	Halo error
خطأ حداثة	Recency error
خطة بايلور	Baylor plan
خطة عمليات الطوارئ	Emergency Operations Plan

د

درجات الكوارث	Levels of Disasters
دليل مقابلة	Interview guide
دور	Role
دوران	Turnover
الدوران الطوعي	Voluntary turnover
الدوران غير الطوعي	Involuntary turnover

ذ

الذكاء الاصطناعي	Artificial intelligence
الذكاء الاصطناعي	Artificial intelligence
الذكاء العاطفي	Emotional intelligence

ر

الربح	Profit
ردود أو استجابات الصراع	Conflict Responses
الرعاية الافتراضية	Virtual care
الرعاية التي تركز على المريض	Patient-centered care

رؤية	Vision

س

ساعات الرعاية التمريضية (NCHS)	Nursing care hours (NCHs)
سجل انقطاع	Interruption log
السجلات الصحية الإلكترونية	Electronic health records (EHRs)
سجلات الوقت	Time logs
سطراً بسطر	Incremental (line-by-line)
سعر ثابت	Fixed costs
سلسلة القيادة	Chain of command
السلطة	Authority
سلطة الاتصال	Connection power
سلطة الخبراء	Expert power
سلطة المعلومات	Information power
سلطة المكافأة	Reward power
سلطة الموظفين	Staff authority
السلم السريري	Clinical ladder
سلوكيات الصراع	Conflict Behaviors
السنة المالية	Fiscal year
سياسات غير متسامحة مع وقائع العنف	Zero-Tolerance Policies
سياسة	Policy
السيجما الست	Six Sigma
السيجما الست المرنة	Lean Six Sigma
السيطرة على الموقف	Position control

ش

شبكات الرعاية الصحية المتكاملة	Integrated health care networks
شراكة الممارسة	Practice partnership
شروط سابقة	Antecedent Conditions
الشعور أو الإحساس بالصراع	Felt conflict

ص

صراع	Conflict
صراع - اقتحام	Storming
الصراع التنافسي	Competitive conflict
الصراع الداخلي	Intersender conflict
الصراع المتصور والمحسوس	Perceived and Felt Conflict
الصراع المهني	Interprofessional Conflict
الصراع الهدام	Disruptive conflict
صلاحية	Validity
صنع القرار التكاملي	Integrative decision making

ض

ضرورة العمل	Business necessity
ضريبة الأعناق	Capitation
ضغط المرتب	Salary compression

ط

طب التجزئة	Retail medicine
الطب المنزلي	Medical home
طريقه (اسلوب) DMAIC	DMAIC Method
طوعي	Voluntary

ع

عدم الاحترام	Disrespectful
العصف الذهني	Brainstorming
العصف الذهني	Brainstorming
عقاب	Punishment
عقاب	Punishment
على رأس العمل والتعليم	On-the-job instruction
عمل قائمة	To-do list
عملية التواصل المتحولة	Metacommunications
العنف في منظمات الرعاية الصحية	Violence in Heath Care
عوامل تقييدية	Restraining forces

غ

غموض التقييم	Ambiguous evaluation
الغياب القسري	Involuntary absenteeism
غير مهذب	Impolite

ف

فرز مصابي الكوارث	Disaster Triage
فرق	Teams
فرق العمل	Task forces
الفروق	variances
فروق الحجم	Volume variances
فلسفة	Philosophy

ق

قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة	Americans with Disabilities Act
قانون التمييز على أساس السن	Age Discrimination Act

قانون حماية المريض وتقديم الرعاية بأسعار مقبولة	Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)
قائد	Leader
قائد التمريض الإكلينيكي	Clinical nurse leader
قرارات التكيف	Adaptive decisions
قرارات التكيف	Adaptive decisions
القرارات المتعلقة بالموظفين	Personnel decisions
قرارات مبتكرة	Innovative decisions
قلة اللياقة	Ill-mannered
قمع	Suppression
القوات- القوى	forces
القوة	Power
القوة الجبرية	Coercive power
القوة الشخصية	Personal power
القوة الشرعية	Legitimate power
قوة العلاقة	Referent power
قوة الموقف	Position power
القوى الدافعة	Driving forces
القيادة التحويلية	Transformational leadership
القيادة الخادمة	Servant leadership
القيادة الديمقراطية	Democratic leadership
القيادة الديمقراطية	Democratic leadership
القيادة الرسمية	Formal [leadership]
القيادة الكميه	Quantum leadership

القيادة المشتركة	Shared leadership
قيادة تبادلية	Transactional leadership
القيادة غير الرسمية	Informal [leadership]
القيم	Values

ك

كتلة التوظيف	Block staffing
الكوارث البشرية	Man-Made Disasters
الكوارث الطبيعية	Natural Disasters

ل

لجان أو مهمة	Committees or task
لجان رسمية	Formal committees
لجان رسمية	Informal committees
لوحات القياس	Dashboards

م

ما يمكن اعتباره تضارباً	Perceived conflict
مبادرات تحقيق الجودة	Quality initiatives
المتابعة بعد حدوث وقائع العنف	Post-Incident Follow-up
المجموعات المتنافسة	Competing groups
المجموعات الواثبة	Leapfrog Group
مجموعات غير رسمية	Informal groups
مجموعة	Group
مجموعة	groups
مجموعة (الأمر) الحقيقية	Real (command) groups
مجموعة رسمية	Formal groups

مجموعة عمل	Task group
مدرب الممرضين الجدد	Preceptor
مدير	Manager
مدير المستوى الأول	First-level manager
مرات الغياب	Absence frequency
مراجعة النظراء	Peer review
المرتب (الشخصي) في الميزانية	Salary (personnel) budget
مركز تكلفة	Cost center
المساءلة	Accountability
المسارات الحرجة	Critical pathways
مسؤولية	Responsibility
مشكلة	problem
مضيع الوقت	Time waster
المعايشة والملاءمة	Accommodating
المعايير	Standards
المعايير	Norms
المعايير	standards
معايير النتائج	Outcome standards
المعايير الهيكلية	Structure standards
معايير عملية	Process standards
المفاوضات الجماعية	collective bargaining
المقابلات السلوكية	Behavioral interviewing
مقاومة	Resistance
مقاييس	scales

الممارسة القائمة على الأدلة	Evidence-based practice
الممرضة المسؤولة	Charge nurse
منظمات الرعاية الضامنة	Accountable care organization
المنوط (وكيل) بالتغيير	Change agent
مهمة	Mission
مهمة	Assignment
مهمة قابلة للقسمة	Divisible task
مهمة مضافة	Additive task
مهمة منفصلة	Disjunctive task
مهمة موصولة	Conjunctive task
مهني حقيقي	Bona fide occupational
مواجهة	Confrontation
الموازنة الرأسمالية	Capital budget
موانع الحضور	Attendance barriers
مؤسسة	Organization
مؤشر	Indicator
الموظفون الساخطون	Disgruntled Employees
الموظفون غير الأكفاء	Marginal employees
المؤهل العلمي	qualification
ميزانية	Budget
ميزانية	budget
الميزانية التشغيلية	Operating budget
الميزانية الصفرية	Zero-based budget
ميزانية ثابتة	Fixed budget

ميزانية حساب	Expense budget
ميزانية متغيرة	Variable budget

ن

النتائج	Outcomes
نتائج العنف بموقع العمل	Consequences of Workplace Violence
نطاق التحكم	Span of control
نظريات المحتوى	Content theories
نظريات عملية	Process theories
نظرية التعزيز	Reinforcement theory
نظرية العدالة	Equity theory
نظرية المتوقع	Expectancy theory
نظرية تحديد الأهداف	Goal-setting theory
النظم الخبيرة	Expert systems
نظم تصنيف المريض (PCSs)	Patient classification systems (PCSs)
نفقات غير المرتب	Nonsalary expenditure
نموذج التآزر في الرعاية	Synergy model of care
نموذج التطبيق العقلاني	Empirical–rational model
نموذج الرعاية المزمن	Chronic care model
نموذج العقلانية الوصفي	Descriptive rationality model
النموذج المنطقي	Logic model
نموذج عملية الصراع	Conflict Process Model

هـ

هياكل خط الخدمة	Service-line structures

و

واقعة العنف	A Violent Incident
وساطة	Mediation
وسائل التواصل الاجتماعي	Social media
وصف الوظيفة	Position description
وضع الأهداف	Goal setting
وضع الميزانية	Budgeting
الوقاحة	Rude
الوقائع الخطرة الأخرى	Other Dangerous Incidents
وقائع العنف في منظمات العمل	Incidence of Workplace Violence
الوقت المفيد	Benefit time

ثانياً: إنجليزي – عربي

A

A Violent Incident	واقعة العنف
Absence culture	ثقافة الغياب
Absence frequency	مرات الغياب
absenteeism	التغيب عن العمل
Accommodating	المعايشة والملاءمة
Accountability	المساءلة
Accountable care organization	منظمات الرعاية الضامنة
Adaptive decisions	قرارات التكيف
Adaptive decisions	قرارات التكيف
Additive task	مهمة مضافة
Adjourning	التفكك أو إعادة التشكيل.
Age Discrimination Act	قانون التمييز على أساس السن
Alternative Dispute Strategies	إستراتيجيات المنازعات البديلة
Ambiguous evaluation	غموض التقييم
Americans with Disabilities Act	قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة
Antecedent Conditions	شروط سابقة
Artificial intelligence	الذكاء الاصطناعي
Artificial intelligence	الذكاء الاصطناعي
Assignment	مهمة
Attendance barriers	موانع الحضور
Authority	السلطة
Avoiding	تجنب

B

Baylor plan	خطة بايلور
behavior modification Shaping	تعديل تشكيل السلوك
Behavioral interviewing	المقابلات السلوكية
Behavior-oriented rating	تصنيف السلوك الموجه
Benefit time	الوقت المفيد
Block staffing	كتلة التوظيف
Bona fide occupational	مهني حقيقي
Brainstorming	العصف الذهني
Brainstorming	العصف الذهني
Budget	ميزانية
budget	ميزانية
Budgeting	وضع الميزانية
Bullying	التنمر
Bureaucracy	بيروقراطية
Business necessity	ضرورة العمل

C

Capital budget	الموازنة الرأسمالية
Capitation	ضريبة الأعناق
Chain of command	سلسلة القيادة
Change	التغيير
Change agent	المنوط (وكيل) بالتغيير
Charge nurse	الممرضة المسؤولة
Chronic care model	نموذج الرعاية المزمن
Clinical ladder	السلم السريري

الأنظمة السريية الصغيرة	Clinical microsystems
قائد التمريض الإكلينيكي	Clinical nurse leader
تدريب	Coaching
القوة الجبرية	Coercive power
تماسك	Cohesiveness
تعاون	Collaboration
المفاوضات الجماعية	collective bargaining
لجان أو مهمة	Committees or task
الاتصالات	Communication
التنافس	Competing
المجموعات المتنافسة	Competing groups
الصراع التنافسي	Competitive conflict
حل وسط	Compromise
صراع	Conflict
سلوكيات الصراع	Conflict Behaviors
نموذج عملية الصراع	Conflict Process Model
حل أو قمع الصراع	Conflict Resolved or Suppressed
ردود أو استجابات الصراع	Conflict Responses
مواجهة	Confrontation
مهمة موصولة	Conjunctive task
سلطة الاتصال	Connection power
إجماع	Consensus
نتائج العنف بموقع العمل	Consequences of Workplace Violence
نظريات المحتوى	Content theories

إدارة الجودة المستمرة	Continuous quality Management
التحكم- المراقبة	Controlling
مركز تكلفة	Cost center
الإبداع	Creativity
الحوادث الخطيرة	Critical incidents
المسارات الحرجة	Critical pathways
التفكير النقدي	Critical thinking
التفكير النقدي	Critical thinking
ثقافة فقط	Culture

D

لوحات القياس	Dashboards
التعامل مع العنف	Dealing with Violence
اتخاذ القرار	Decision making
اتخاذ القرار	Decision making
التفويض	Delegation
إدارة الطلب	Demand management
القيادة الديمقراطية	Democratic leadership
القيادة الديمقراطية	Democratic leadership
نموذج العقلانية الوصفي	Descriptive rationality model
الاتصالات قطري	Diagonal communication
التكاليف المباشرة	Direct costs
توجيه	Directing
فرز مصابي الكوارث	Disaster Triage
تأديب	Discipline
الموظفون الساخطون	Disgruntled Employees

Disjunctive task	مهمة منفصلة
Disrespectful	عدم الاحترام
Disruptive conflict	الصراع الهدام
Diversification	تنويع
Divisible task	مهمة قابلة للقسمة
DMAIC Method	طريقه (اسلوب) DMAIC
Downward communication	الاتصال الهابط
Driving forces	القوى الدافعة

E

Efficiency variance	تباين كفاءة
Electronic health records (EHRs)	السجلات الصحية الإلكترونية
Emergency Operations Plan	خطة عمليات الطوارئ
Emotional intelligence	الذكاء العاطفي
Empirical–rational model	نموذج التطبيق العقلاني
Engagement	ارتباط
Environmental Controls	بنية المؤسسة
Equity theory	نظرية العدالة
Evidence-based practice	الممارسة القائمة على الأدلة
Expectancy theory	نظرية المتوقع
Expense budget	ميزانية حساب
Experimentation	تجريب
Expert power	سلطة الخبراء
Expert systems	النظم الخبيرة
Extinction	إخماد

F

Felt conflict	الشعور أو الإحساس بالصراع
Filley's Strategies	إستراتيجيات [فيلي]
First-level manager	مدير المستوى الأول
Fiscal year	السنة المالية
Fixed budget	ميزانية ثابتة
Fixed costs	سعر ثابت
Fogging	تعفير
Followership	التبعية
forces	القوات- القوى
Forcing	إجبار
Formal [leadership]	القيادة الرسمية
Formal committees	لجان رسمية
Formal groups	مجموعة رسمية
Forming	التشكيل
Four Ps of marketing	الأولويات الأربع للتسويق
Full-time equivalent (FTE)	بدوام كامل أي ما يعادل (FTE)

G

Goal setting	وضع الأهداف
Goals	الأهداف
Goal-setting theory	نظرية تحديد الأهداف
Group	مجموعة
Group evaluation	تقييم المجموعة
groups	مجموعة
Groupthink	التفكير الجماعي

H

Halo error	خطأ الهالة
Hawthorne effect	تأثير هاوثورن
Hidden agendas	أجندات خفية
Horizontal integration	التكامل الأفقي
Horizontal promotion	الارتقاء الأفقي

I

Ill-mannered	قلة اللياقة
Impolite	غير مهذب
improvement (CQI)	التحسين المستمر للجودة (CQI)
Incidence of Workplace Violence	وقائع العنف في منظمات العمل
Incident reports	تقارير الحوادث
Incremental (line-by-line)	سطراً بسطر
Indicator	مؤشر
Indirect costs	التكاليف غير المباشرة
Informal [leadership]	القيادة غير الرسمية
Informal committees	لجان رسمية
Informal groups	مجموعات غير رسمية
Information power	سلطة المعلومات
Innovation	ابتكار
Innovative decisions	قرارات مبتكرة
Integrated health care networks	شبكات الرعاية الصحية المتكاملة
Integrative decision making	صنع القرار التكاملي
Interprofessional Conflict	الصراع المهني
Interruption log	سجل انقطاع

Intersender conflict	الصراع الداخلي
Interview guide	دليل مقابلة
Involuntary absenteeism	الغياب القسري
Involuntary turnover	الدوران غير الطوعي

J

Job enlargement	توسيع فرص العمل

L

Lack of Civility	انعدام الكياسة
Lateral communication	الاتصال الجانبي
Leader	قائد
Lean Six Sigma	السيجما الست المرنة
Leapfrog Group	المجموعات الواثبة
Legitimate power	القوة الشرعية
Leniency error	خطأ التساهل
Levels of Disasters	درجات الكوارث
Line authority	خط السلطة
Logic model	النموذج المنطقي
Lose–lose strategy	إستراتيجية الخسارة المزدوجة

M

Magnet RecognitionProgram	برنامج الاعتراف الجاذب
Manager	مدير
Managing Conflict	إدارة الصراع
Man-Made Disasters	الكوارث البشرية
Marginal employees	الموظفون غير الأكفاء
Mediation	وساطة

Medical home	الطب المنزلي
Metacommunications	عملية التواصل المتحولة
Mission	مهمة
Motivation	التحفيز

N

Natural Disasters	الكوارث الطبيعية
Negative assertion	التأكيد السلبي
Negative inquiry	التحقيق السلبي
Negligent hiring	توظيف إهمال
Negotiation	تفاوض
Nonsalary expenditure	نفقات غير المرتب
Normative–reeducative strategies	إستراتيجية التثقيف المركزة
Norming	التنميط
Norms	المعايير
Nursing care hours (NCHs)	ساعات الرعاية التمريضية (NCHS)

O

Objectives	أهداف
On-the-job instruction	على رأس العمل والتعليم
Operant conditioning	تكييف هواء فعال
Operating budget	الميزانية التشغيلية
Ordinary interacting	التفاعل العادي أو المألوف
Organization	مؤسسة
Organizational culture	الثقافة التنظيمية
Organizational environment	البيئة التنظيمية
Organizing	تنظيم

Orientation	توجيه
Other Dangerous Incidents	الوقائع الخطرة الأخرى
Outcome standards	معايير النتائج
Outcomes	النتائج
Overdelegation	التفويض المبالغ فيه

P

Patient classification systems (PCSs)	نظم تصنيف المريض (PCSs)
Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)	قانون حماية المريض وتقديم الرعاية بأسعار مقبولة
Patient-centered care	الرعاية التي تركز على المريض
Peer review	مراجعة النظراء
Perceived and Felt Conflict	الصراع المتصور والمحسوس
Perceived conflict	ما يمكن اعتباره تضارباً
Performance appraisal	تقييم الأداء
Performing	أداء العمل
Personal power	القوة الشخصية
Personnel decisions	القرارات المتعلقة بالموظفين
Philosophy	فلسفة
Planning	تخطيط
Policy	سياسة
Pooled interdependence	الترابط المتبادل
Pools	حمامات
Position control	السيطرة على الموقف
Position description	وصف الوظيفة
Position power	قوة الموقف

Post-Incident Follow-up	المتابعة بعد حدوث وقائع العنف
Power	القوة
Power plays	ألعاب القوى
Power-coercive strategies	إستراتيجيات القوى القهرية
Practice partnership	شراكة الممارسة
Preceptor	مدرب الممرضين الجدد
Preventing Violence	تجنب العنف
problem	مشكلة
Process standards	معايير عملية
Process theories	نظريات عملية
Productivity	إنتاجية
Profit	الربح
Progressive discipline	الانضباط التدريجي
Punishment	عقاب
Punishment	عقاب

Q

qualification	المؤهل العلمي
Quality initiatives	مبادرات تحقيق الجودة
Quality management	إدارة الجودة
Quantum leadership	القيادة الكميه

R

Rate variances	تباين المعدلات
Real (command) groups	مجموعة (الأمر) الحقيقية
Recency error	خطأ حداثة
Reciprocal interdependence	الترابط المتبادل

إعادة تصميم	Redesign
قوة العلاقة	Referent power
إعادة تشكيل	Re-forming
نظرية التعزيز	Reinforcement theory
حادث الإبلاغ عنها	Reportable incident
الإبلاغ والتعليم	Reporting and Education
مقاومة	Resistance
حل	Resolution
مسؤولية	Responsibility
عوامل تقييدية	Restraining forces
طب التجزئة	Retail medicine
إيرادات الميزانية	Revenue budget
التفويض العكسي	Reverse delegation
سلطة المكافأة	Reward power
إدارة المخاطر	Risk management
أجهزة آلية	Robotics
دور	Role
تحليل السبب الجذري	Root cause analysis
الوقاحة	Rude

S

المرتب (الشخصي) في الميزانية	Salary (personnel) budget
ضغط المرتب	Salary compression
مقاييس	scales
الجدول الذاتي	Self-scheduling
الترابط متسلسل	Sequential interdependence

Servant leadership	القيادة الخادمة
Service-line structures	هياكل خط الخدمة
Shared governance	الحكم المشترك
Shared leadership	القيادة المشتركة
Shared visioning	التصورات المشتركة
Six Sigma	السيجما الست
Smoothing	تمهيد
Social media	وسائل التواصل الاجتماعي
Span of control	نطاق التحكم
Staff authority	سلطة الموظفين
Staffing	التوظيف
Stakeholders	أصحاب المصلحة
Standards	المعايير
standards	المعايير
Status	الحالة
Status incongruence	تناقض الوضع
Storming	صراع – اقتحام
Strategic planning	تخطيط إستراتيجي
Strategies	إستراتيجيات
Structure standards	المعايير الهيكلية
Suppression	قمع
Synergy model of care	نموذج التآزر في الرعاية

T

Task forces	فرق العمل
Task group	مجموعة عمل

Team building	بناء فريق
Teams	فرق
Terminate	إنهاء الخدمة (الفصل من الوظيفة)
Throughput	الإنتاجية
Time logs	سجلات الوقت
Time waster	مضيع الوقت
To-do list	عمل قائمة
Total quality management(TQM)	إدارة الجودة الشاملة
Total time lost	إجمالي الوقت الضائع
Transactional leadership	قيادة تبادلية
Transformational leadership	القيادة التحويلية
Transitions	التحولات
Turnover	دوران

U

Underdelegation	التفويض الناقص
Upward communication	الاتصال الصاعد

V

Validity	صلاحية
Values	القيم
Variable budget	ميزانية متغيرة
Variable costs	أسعار متغيرة
Variance	التباين
variances	الفروق
Verbal Intervention	التدخل الشفهي
Vertical integration	التكامل الرأسي

Violence in Heath Care	العنف في منظمات الرعاية الصحية
Virtual care	الرعاية الافتراضية
Vision	رؤية
Vision statement	بيان الرؤية
Volume variances	فروق الحجم
Voluntary	طوعي
Voluntary turnover	الدوران الطوعي

W

Win–lose strategy	إستراتيجية الفائز والخاسر
Win–win strategy	إستراتيجية الفوز (المربح للجانبين)
Withdrawal	انسحاب
Work sample questions	أسئلة عينة العمل

Z

Zero-based budget	الميزانية الصفرية
Zero-Tolerance Policies	سياسات غير متسامحة مع وقائع العنف

كشاف الموضوعات

أ

ب

ت

ث

ح